



Universidad Zaragoza

TRABAJO FIN DE GRADO

GRADO EN MEDICINA

Curso 2018/19

FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA

**Innovación en el aprendizaje de la medicina:
significado de las “corazonadas” en el
razonamiento clínico**

Autora: Blanca Pérez Lázaro

Tutora: Maria Teresa Delgado Marroquín

Fecha: 13 de junio de 2019



Universidad
Zaragoza

INDICE

1. Resumen.....	3
Abstract.....	4
2. Glosario de términos.....	5
3. Antecedentes y justificación.....	6
4. Hipótesis y objetivos.....	11
5. Metodología.....	11
Cuestiones ético-legales.....	14
6. Resultados.....	15
6.1 Datos demográficos.....	15
6.2 Características del programa docente.....	17
6.3 El razonamiento clínico en las prácticas clínicas.....	18
6.4 El Gut Feeling en la experiencia práctica.....	23
7. Discusión.....	29
8. Fortalezas y limitaciones.....	33
9. Conclusiones.....	34
10. Agradecimientos.....	35
11. Bibliografía.....	36
ANEXOS.....	37
Indice de anexos.....	38
1. Hoja de información y consentimiento informado Anexos.....	39
2. Encuesta del alumnado.....	42
3. Encuesta del profesorado.....	46
4. Respuestas abiertas.....	49
5. Preguntas y respuestas no analizadas en los resultados.....	66

1. Resumen

Objetivos: Estudiar la presencia del razonamiento clínico en el programa formativo Practicum de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza (UZ). También se estudia la corazonada, o gut feeling (GF), como elemento del proceso diagnóstico y cuestiona su incorporación a los protocolos docentes.

Metodología: Se ha llevado a cabo en la UZ, durante el mes de marzo y abril de 2019. Han participado el profesorado de Practicum de la Facultad de Medicina y el alumnado de 5º y 6º curso de Medicina. Se han utilizado cuestionarios on-line de Google Form y procesado los resultados con la base de datos LibreOffice y el programa de análisis estadístico SPSS.

Resultados: La baja participación, 10% de las alumnas y un 13% del profesorado, obliga a hacer un análisis meramente descriptivo de los datos. Se han obtenido 39 cuestionarios del profesorado y 41. Mas de la mitad de las profesoras afirmaron conocer los objetivos docentes (22 de 39) mientras que casi todas las alumnas (39 de 41) expresaron lo contrario. A 9 de cada 10 encuestadas de ambos grupos les parece que el razonamiento clínico es parte de los objetivos.

Tras recibir información sobre qué son los GF 9 de cada 10 profesoras (34 de 39) digeron haberlo sentido y casi $\frac{3}{4}$ de las alumnas (30 de 41). Para 3 de cada 4 profesoras son parte de su práctica clínica habitual y solo algo más de $\frac{1}{4}$ de las alumnas indicaron que se les explicara durante las prácticas (12 de 41).

Conclusiones: El alumnado desearía tener una mayor formación sobre razonamiento clínico, incluidos los GF, mientras que el profesorado tiene interés en formarse para mejorar sus habilidades docentes. Los GF están presentes en la experiencia clínica, tienen un papel relevante en el razonamiento clínico y pueden ser aplicados en la docencia. Parece oportuno continuar estudiando las metodologías y objetivos docentes sobre razonamiento clínico.

Palabras clave: corazonada, razonamiento clínico, educación médica, pregrado

Abstract

Aims: To study the presence of clinical reasoning in the Practicum training programme of the Faculty of Medicine of the University of Zaragoza (UZ). Gut feeling (GF) is also studied as an element of the diagnostic process and its incorporation into teaching protocols is questioned.

Methodology: It was carried out at the UZ in March and April 2019. The Practicum faculty of the Faculty of Medicine and the students of the 5th and 6th years of Medicine took part. Google Form on-line questionnaires were used and the results were processed with the LibreOffice database and the SPSS statistical analysis program.

Results: The low participation, 10% of the students and 13% of the teaching staff, requires a merely descriptive analysis of the data. More than half of the teachers stated that they knew the teaching objectives (22 out of 39) while almost all the students (39 out of 41) expressed the opposite. To 9 out of 10 respondents in both groups it seems that clinical reasoning is part of the objectives.

After receiving information on what the GF 9 of every 10 teachers (34 of 39) said they felt it and almost $\frac{3}{4}$ of the students (30 of 41). For 3 out of 4 female professors they are part of their usual clinical practice and only slightly more than $\frac{1}{4}$ of the students indicated that this was explained to them during the internship (12 out of 41).

Conclusions The students would like to have more training in clinical reasoning, including GF, while the teachers are interested in being trained to improve their teaching skills. GF are present in clinical experience, have a relevant role in clinical reasoning and can be applied in teaching. It seems appropriate to continue studying teaching methodologies and objectives on clinical reasoning.

Keywords: gut feeling, clinical reasoning, medical teaching, undergraduate

2. Glosario de términos

- **Razonamiento clínico compilado:** Proceso de toma de decisiones que combina métodos analíticos y no analíticos en aras a la mayor precisión y eficiencia, propio de clínicos avezados, con amplia experiencia y alto nivel de competencia.
- **Conocimiento por connaturalidad:** Forma de aprehensión de la realidad de manera experimental, intuitiva e impregnada de datos afectivos, que precede y acompaña a los actos de la razón y a los actos de la voluntad. Las evocaciones mentales que suscita en nosotros, nos sirven como base para establecer patrones de conductas concretos. Su principal dificultad: el modo en cómo se expresa. Al ser datos de carácter afectivos, el sentir produce conmociones que a veces son difíciles de explicar. El conocimiento por connaturalidad, a diferencia del conocimiento conceptual, no puede expresarse ni transmitirse propiamente, pues consiste en la experiencia personal de la singularidad de las cosas en el yo.
- **Conocimientos heurísticos o estrategia heurística:** conceptos aprendidos que se enlazan utilizando la lógica, entendida como función cognitiva superior. El ejercicio heurístico del conocimiento es una construcción intelectual que implica seleccionar los datos, combinarlos, conjeturar correspondencias o asociaciones entre ellos, apoyándose en los conocimientos que se tienen, para conducirnos a la solución del problema.

Términos genéricos

Siguiendo las recomendaciones de la Universidad de Zaragoza respecto a la utilización de lenguaje inclusivo y no discriminatorio y adoptando el compromiso de la campaña del Observatorio de Igualdad de Género del Vicerrectorado de Relaciones Institucionales y Comunicación de la UZ "*Nombrar en femenino es posible, ¡inténtalo!*", las menciones genéricas en femenino que aparecen en el presente documento se entenderán referidas también a su correspondiente masculino.

3. Antecedentes y justificación

En la práctica clínica habitual, las profesionales se enfrentan a tantos procesos diagnósticos como pacientes entran en su consulta. La mayoría de las veces es un proceso intuitivo, en el cual se genera un continuo de hipótesis diagnósticas conforme se van obteniendo o recopilando nuevos datos que les van aproximando a la verificación diagnóstica y finaliza en el momento en que se inicia el tratamiento elegido.

Mejorar la formación de las profesionales de la salud en el campo del razonamiento clínico es velar por una mejora en la calidad de la atención a la salud, e incrementar la validez de los diagnósticos que emitan en su práctica diaria.

Lo que define el razonamiento son sus componentes, imprescindibles y fundamentales. Primero, la conceptualización, aplicación, análisis, síntesis y/o evaluación de la información recopilada, esto es, procesar los datos. Seguidamente el procedimiento de razonar propiamente, observando, recopilando o recordando experiencias, compartiendo o deliberando. El tercer componente, consiste en definir el objetivo: conocimientos adquiridos y plan de actuación posterior (1)

Atendiendo al pensamiento crítico en general, varios estudios realizados en Taiwan, muestran que el proceso de razonamiento no se enseña de forma efectiva en lo que en España equivaldría a los estudios de bachillerato ni en la Universidad; frecuentemente se cree que éste se adquiere cursando una única asignatura de razonamiento en la carrera (1). Sugiere una falta de insistencia o énfasis en la enseñanza de las habilidades propias del pensamiento razonado.

En los estudios de posgrado y formación especializada (sistema médico interno residente MIR) del estado español, el razonamiento clínico constituye una de las competencias troncales para todas las especialidades. No así en la formación de grado de las facultades de medicina, en las que solo algunas ofrecen cursos o asignaturas optativas con plazas limitadas.

A su vez, con una sencilla revisión de los programas docentes oficiales del Practicum de la Facultad de Medicina de Zaragoza (Portafolios, disponibles en la web oficial de la Facultad, cursos quinto y sexto), podemos ver el escaso peso que representa el razonamiento clínico en los objetivos de las rotaciones del alumnado por los diferentes servicios médicos y quirúrgicos.

El programa docente se recoge en once portafolios con objetivos específicos para las rotaciones en los servicios de pediatría, radiodiagnóstico, radioterapia, medicina, medicina de familia, medicina nuclear, cirugía, traumatología, urgencias, psiquiatría y

ginecología. No todos ellos hacen mención explícita ni recogen el razonamiento clínico como objetivo durante esa parte de la enseñanza.

Si que lo recoge de forma explícita el portafolio de psiquiatría, debiendo ser evaluada durante la rotación por ese servicio la “mejora del razonamiento clínico” y la “posibilidad de comentar dudas con el profesor”. En este documento encontramos una competencia a adquirir que no hemos encontrado en el resto y es que marca como objetivo docente de la rotación “adquirir la capacidad para comunicarnos empáticamente con pacientes”.

Las actividades evaluables en la rotación por los servicios de radiodiagnóstico, radioterapia y medicina nuclear incluyen la orientación diagnóstica desde la historia clínica y la discusión diagnóstica. Dos ítems que podríamos asimilar al aprendizaje y mejora del razonamiento clínico aunque no se menciona como tal. Algo similar encontramos en los objetivos del programa docente de ginecología y pediatría, que incluyen la realización de diagnósticos diferenciales.

En este artículo, (1) también llama la atención una de las conclusiones que extraen: los estudiantes que utilizan el sistema intuitivo o por reconocimiento de patrones tienen una probabilidad cinco veces mayor de acertar en el diagnóstico, comparado con los que utilizan el razonamiento hipotético-deductivo.

En la bibliografía se describen otras características acerca del razonamiento clínico propiamente, desglosando los componentes “pilares”; así hablaríamos de nueve atributos que se podrían decir del razonamiento clínico: 1. El proceso cognitivo, 2. La integración de las enseñanzas y la aplicación de los diferentes tipos de conocimiento, 3. El proceso de elaboración del pensamiento, 4. Aportaciones de las pacientes, 5. Valoración en su contexto, 6. Procesos complejos y repetitivos, 7. Los distintos modelos cognitivos, 8. Los principios de las profesionales; y 9. El marco del sistema de salud en el que se trabaja. Estas características están influenciadas por el lugar de trabajo de la médica, el tiempo del que dispone por paciente, las habilidades clínicas, y los modelos clínicos con los que ha interactuado la misma profesional.(2) La complejidad aparece cuando nos detenemos en la enseñanza de los modelos cognitivos.

Los modelos actualmente identificados que explican el razonamiento clínico son (1): *El analítico y el no-analítico*.

El modelo tradicional en el que se ha centrado la educación médica es el analítico, que supone un análisis cuidadoso de la relación entre los síntomas y signos y los

diagnósticos como indicador de la pericia clínica. Este modelo utiliza el pensamiento analítico con el modelo hipotético-deductivo, el cual es más lento que el no analítico, pero se utiliza de manera más consciente al implicar los siguientes pasos: 1) Observación cuidadosa; 2) Obtención de información; 3) Exploración física; 4) Generación de hipótesis; 5) Correlación de los datos obtenidos con la/s hipótesis planteadas y 6) Confirmación o no de la hipótesis a través de pruebas diagnósticas. Este modelo plantea una secuencia iterativa de generación y eliminación de hipótesis, dependiendo de los datos clínicos encontrados durante el proceso diagnóstico. La implicación es que los rasgos característicos de las enfermedades son claramente evidentes y que el razonamiento diagnóstico implica la comprensión de la relación entre las características detectadas y las enfermedades subyacentes, para así generar una lista diferencial de diagnósticos relevantes y aplicar un algoritmo diagnóstico adecuado que permita ponderar cada diagnóstico en términos de su probabilidad relativa (3). La experiencia clínica facilita la construcción de patrones mentales, abstracciones o prototipos. (4)

Sin embargo en la realidad las médicas hacen este proceso de darle un valor o peso determinado a los datos inconscientemente. La experta clínica jerarquiza esta información automáticamente dándole valores y pesos a los datos sin que incluso esta información se haga consciente. (5)

El modelo analítico engloba el razonamiento hipotético-deductivo, el Probabilístico o Bayesano y el Causal. Cada uno a su vez incluye distintas estrategias con las que comparte las características de ser un proceso más lento, la observación cuidadosa y el análisis de todas las posibles fuentes de sintomatología.

El modelo no-analítico se apoya en la experiencia de las clínicas, quienes rápidamente y sin un análisis detenido establecen el diagnóstico gracias a un proceso de "reconocimiento de patrones", donde experiencias pasadas son utilizadas para establecer un juicio fundamentado en una probabilidad de que el problema clínico actual sea similar a otro caso visto con anterioridad. Esta forma de razonamiento es automática, rápida y no requiere de plena conciencia, lo cual lo sujeta a un riesgo mayor de error. Esto quiere decir que cuando nos encontramos con una paciente que presenta ciertos signos y síntomas característicos de una enfermedad, en base a nuestra experiencia y de forma automática, hacemos un filtro mental de episodios previos similares y generamos inmediatamente una o varias hipótesis diagnósticas. Todas las médicas lo utilizan ya que nuestra disciplina tiene un fuerte componente de imágenes y patrones (3)

Los modelos tradicionales de razonamiento clínico muestran de forma insuficiente el recorrido que la médica realiza hasta llegar a un diagnóstico, e incluso corremos el

riesgo de irrumpir en sesgos cuando damos más peso a los modelos de conocimiento no-analíticos. Algunos autores proponen una formación que englobe diferentes estrategias de razonamiento clínico. (3)

Como recogen(6) distintos modelos de enseñanza pueden llevar a resultados marcadamente diferentes, pero cuando las estrategias se ponen en práctica en un mismo paciente, las diferencias acaban siendo mínimas o inexistentes; si en esto influye la experiencia clínica previa, o sea, una médica novel o una médica con años de práctica clínica, o si bien es debido a que la dificultad que acompaña la enseñanza de este razonamiento, no queda claro por ahora.

De lo que no hay duda es de que el razonamiento clínico es una habilidad que puede ser enseñada y aprendida (1)

Una de las líneas actuales de investigación en docencia contempla los llamados gut feelings (GF)(7) como auxilio en las decisiones clínicas, sobre todo en ámbitos con gran incertidumbre. Este concepto podría definirse en español como presentimiento; también, intuición o corazonada.

El sentido de alarma se define por tres elementos: el sentimiento de que “hay algo que va mal” sin que tenga la médica un argumento racional objetivo al respecto; una desconfianza o recelo hacia la situación por la incertidumbre en el pronóstico, y la necesidad de algún tipo de intervención para prevenir consecuencias graves para la salud Ref: Consensus on gut feelings in general practice.

Si aceptamos que los gut feelings (sensación somática y sentimientos) son una brújula de las profesionales de la salud para modular su actividad diaria, comprendemos que dependen en gran medida del desarrollo de la persona para auto-monitorear sus sensaciones somáticas, ideas, y pensamientos que le surgen durante el complejo proceso de atender personas (sanas o enfermas). De ninguna manera, como algunos profesores expresan, los GF suplen el lado puramente cognitivo del diagnóstico diferencial y la toma de decisiones terapéuticas, sino que son una tercera vía en comunicación constante con el proceso de la identificación del problema clínico y las decisiones que le siguen, pero es un sentido de alarma que las profesionales sienten y reconocen (8)

La existencia de los GF ya ha sido demostrada (8) (9) (10) (11)

En un estudio realizado en nuestro país, las médicas reconocían la importancia de los GF, considerándolos parte característica del modo de trabajo en Atención Primaria, y como una herramienta de trabajo accesible en el proceso diagnóstico. La enseñanza del concepto GF y su relevancia en la práctica clínica les parece posible, ya que las

mismas estudiantes y médicas en formación pueden identificar la presencia de los GF en ellas mismas, aunque de lo que no están tan seguras, es de que el GF esté correctamente orientado (9)

Conocer los procesos por los cuales el razonamiento diagnóstico mejora con la práctica clínica nos permite orientarnos hacia la mejora de metodologías u objetivos docentes que puedan agilizar ese aprendizaje. Hemos visto que es posible explicar formas analíticas y no analíticas de manejo de datos e información en el marco del proceso diagnóstico y en esta ocasión, en nuestro estudio, buscamos como explicar los GF para poder integrarlos como una forma de razonamiento validada que pueda ser a su vez enseñada.

Este trabajo fin de grado (TFG) constituye una fase de la tesis doctoral de la Investigadora Carlota Canet Fajas (Miembro del Grupo aragonés de investigación en Atención Primaria, y participante del Proyecto FIS multicéntrico (PI18/0146) “Diagnóstico de cáncer en atención primaria: el valor de la intuición del médico de familia”, que estudia el valor pronóstico del Gut Feeling en la práctica clínica).

4. Hipótesis y objetivos

4.1 Hipótesis

1. Los GF tienen un papel en el proceso diagnóstico y pueden ser aplicados en la docencia del razonamiento clínico y la mejora de su ejecución.

4.2 Objetivos

1. Conocer el modelo de enseñanza del razonamiento clínico en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza así como la opinión que tienen profesoras y alumnas sobre ello.

2. Analizar la percepción que tienen el profesorado y el alumnado del Practicum acerca de los GF.

6. Metodología

Diseño: Estudio descriptivo transversal mediante cuestionarios de preguntas abiertas y cerradas dirigido al profesorado del Practicum y estudiantes de quinto y sexto de medicina.

Ámbito: Universidad de Zaragoza, Facultad de Medicina. Período comprendido: marzo y abril de 2019.

La **población de referencia** la constituyen el alumnado matriculado en quinto y sexto de medicina durante el año académico 2018-2019: 405 (183 y 221 respectivamente), 280 mujeres y 125 hombres. El profesorado de Practicum son 296, 145 mujeres y 151 hombres. Encontramos algunas alumnas en las listas de los dos cursos, a las que asignamos a la lista de sexto, lo que puede justificar que un listado sea más grande que otro.

Se utilizó toda la población seleccionada por lo que la muestra se corresponde con la población.

Al dirigir el cuestionario a toda la población, no se planteó muestreo ni se realizó cálculo de tamaño muestral, que, para obtener una precisión del 3% con un nivel de confianza del 95%, aplicando la calculadora de tamaño muestral de Fistera disponible desde Google sugería una muestra similar a la población de referencia.

Herramientas: Se elaboran dos cuestionarios de preguntas cerradas y abiertas, a partir de un modelo centrado en la experiencia de GF utilizado para un trabajo previo en la Facultad de Medicina de Lleida (Campus Iberus de Excelencia) en colaboración con una Universidad de México DF y otra de Sao Paulo.

Con el fin de facilitar la realización de la encuesta, se ha realizado en formato electrónico mediante formulario de Google Forms, que permite asegurar el anonimato y la privacidad de la información, la rapidez en su respuesta, y la agilidad en la recogida de datos. Estos formularios se realizan online, accediendo mediante un enlace hipervinculado, pudiendo detectar si un mismo usuario trata de acceder mas de una vez. Dotamos a los cuestionarios de las siguientes características: preguntas dicotómicas de respuesta obligatoria, preguntas abiertas con campo para respuestas no obligatorias de hasta 250 caracteres de extensión, vista del avance de la encuesta, imposibilidad de volver atrás en las preguntas, imposibilidad de avanzar sin responder las preguntas obligatorias e imposibilidad de acceder dos veces a la encuesta para un mismo usuario.

Se ha trabajado con la base de datos LibreOffice Versión: 6.0.7.3 y SPSS 22.0.

Procedimiento: Tras la primera entrevista tutorial al elegir el tema del TFG, se elaboró el informe con el proyecto de investigación (remitido para su valoración al Comité de Ética de Investigación de Aragón CEICA.), solicitando permiso para su puesta en práctica en el Decanato de la Facultad y su colaboración para permitir y facilitar la difusión a toda la población de referencia de un correo electrónico de invitación a participar respondiendo un cuestionario anónimo (incluyendo el link de acceso), adjuntando la información pertinente y solicitud de consentimiento informado (Anexo 1: Hoja de información y Anexo 2: documento de Consentimiento Informado) Accedimos al número y distribución de nuestra población de profesorado gracias a los Departamentos de la Facultad de Medicina de Zaragoza, y a nuestra población de alumnado de sexto por el listado publicado de notas de las Prácticas Tuteladas del 12º semestre de 2019 y a las alumnas del quinto curso a través de las listas de distribución de cada rotación (10º y 11º semestre). Las poblaciones tanto de profesoras como de alumnas de Huesca fueron elaboradas manualmente en colaboración con el coordinador del Practicum del Campus Huesca de la Universidad de Zaragoza.

Los cuestionarios se elaboraron contando con el precedente de un TFG similar realizado el año anterior (2018) en Lleida, añadiendo un apartado previo dirigido a explorar la especificación de objetivos docentes sobre aprendizaje del razonamiento clínico, así como la percepción de los mismos por parte de docentes y estudiantes. Por otra parte, para evitar la contaminación de las respuestas dadas sobre la autopercepción de GF con la reflexión sobre su experiencia una vez desvelado el significado del término (limitación principal del cuestionario de Lleida) el modelo propio en Google Forms se diseñó para responder las preguntas sin poder acceder al cuestionario completo, preguntando primero por la experiencia para luego revelar el

concepto y preguntar por su aplicabilidad práctica, sin permitir moverse de delante a atrás en las preguntas, con una única opción de respuesta, una vez enviada.

Realizamos un cuestionario específico para el alumnado, con 25 preguntas (8 de ellas de respuesta abierta), recogido en el Anexo 3 y otro para el profesorado, con 19 preguntas (4 de respuesta abierta) disponible en el Anexo 4 . Ambos se estructuran en dos partes. En la primera parte de ambos interrogamos sobre la forma en que se enseña el razonamiento clínico y el papel que las dos poblaciones creen que tiene y en el segundo bloque de preguntas les preguntamos sobre los GF y su experiencia con ellos.

Antes de iniciar el envío de los cuestionarios se consultó con una profesora de la asignatura optativa de Razonamiento Clínico de la Facultad de Medicina de Zaragoza sobre el contenido y claridad de las preguntas del primer bloque, comprobando el correcto funcionamiento de los enlaces al modelo on-line, así como la recepción de las respuestas emitidas descargadas automáticamente en una base de datos LibreOffice, manteniendo el anonimato. Previamente se le habían enviado al profesor responsable del trabajo en la Universidad de Lleida para que pudiera realizar aportaciones y sugerencias. No ha sido posible realizar un proceso de validación de los cuestionarios.

Previamente a solicitar su consentimiento expreso para participar en la encuesta, se ofreció una información general del motivo del estudio, sin desvelar que se preguntaba sobre GF ni definirlos, ya que los datos que obtendríamos en ese caso estarían sesgados por la información previa.

Una vez enviados los cuestionarios, se procedió a una segunda vuelta de reenvío, permaneciendo el acceso abierto hasta la primera semana de mayo de 2019, hasta la extracción de estos resultados.

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizaron los programas LibreOffice y SPSS. El procedimiento fue realizado por la estudiante con revisión por la tutora del TFG.

Las respuestas se obtenían por volcado directo de las mismas a una base de datos LibreOffice que, una vez depurada, fue transformada en una base de datos para SPSS.

Las respuestas a las preguntas abiertas, una vez recepcionadas, analizado y valorado su contenido, fueron recodificadas en categorías para facilitar la recopilación de los resultados y su interpretación. La categorización se realizó por consenso entre el grupo investigador (estudiante TFG, doctoranda, tutora).

Cuestiones ético-legales

El trabajo de fin de grado forma parte de un proyecto de investigación que cumple con las recomendaciones recogidas en la Declaración de Helsinki y demás recomendaciones éticas para la investigación (CIOMS, 2016) así como los requisitos éticos de investigación clínica que especifica la Ley 14/2007 de investigación Biomédica. El proyecto fue presentado al Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA), obteniendo su dictamen favorable el 27 de febrero de 2019 (Acta N° 04/2019).

En la realización de la encuesta se aseguró la confidencialidad y el anonimato mediante el formato online sin recoger en ningún momento datos de filiación de la persona. La información sobre el proyecto y la solicitud de consentimiento informado quedaban aseguradas en el correo de invitación a responder entrando en el link del cuestionario y con la cumplimentación voluntaria, enviando la respuesta.

7. Resultados

De entre el alumnado se obtuvieron 41 respuestas y por parte del profesorado 39. Ello supone una tasa de respuesta del 10% de las alumnas y un 13% del profesorado. La escasa respuesta obtenida nos obliga a presentar un análisis descriptivo de los resultados no siendo posible realizar inferencia estadística con ellos.

7.1 Datos demográficos

El alumnado que respondió nuestro cuestionario tiene entre 22 y 30 años, estando la mayoría de ellas (8 de cada 10) entre los 22 y los 24 años. (Imagen 1)

Algo más de la mitad (23) cursaban quinto, y dieciocho cursaban sexto. En cuanto a su género, treinta y cuatro indicaron el femenino y siete el masculino (1 de cada 5).

Gran parte del alumnado (7 de cada 10) carecía de experiencia socio sanitaria previa. De los que sí que la tenían casi uno de cada cinco expresó tener experiencia a través de voluntariados con ONGs, ambulancia etc.

La edad del profesorado va desde los 38 a los 67 años, siendo la franja de edad 55-58 años la más representada (1 de cada 4). (Imagen 2)

Imagen 1: Edad del alumnado

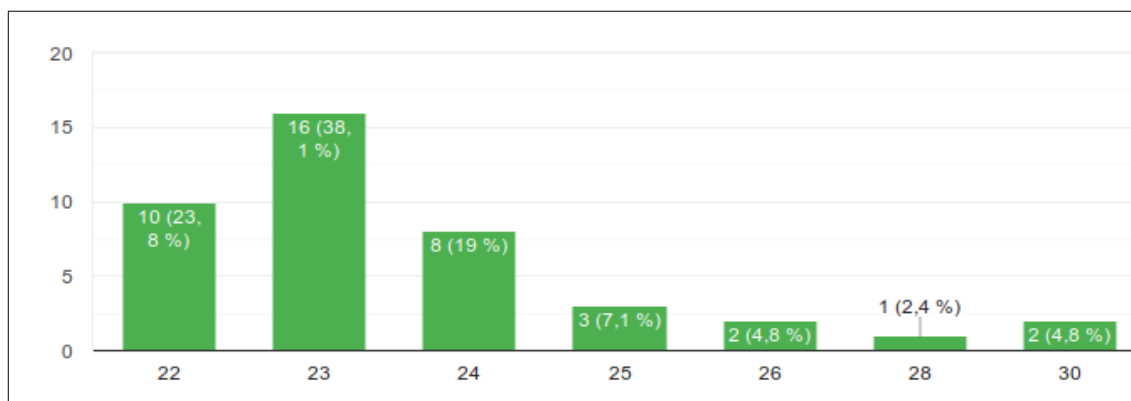
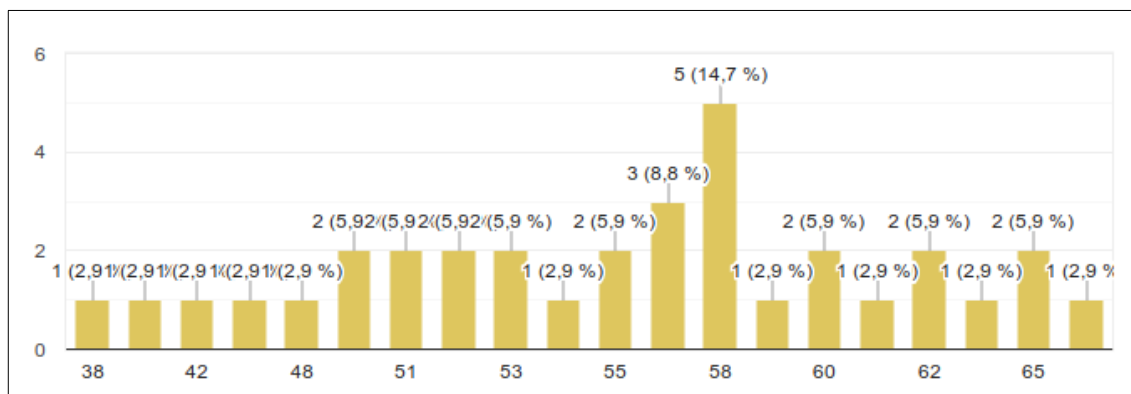


Imagen 2: Edad del profesorado



Expresaron tener entre 12 y 42 años de experiencia clínica y entre 1 y 40 años de experiencia como docentes de prácticas. Veintiséis de las profesoras se identificaron con el género masculino, frente a trece que lo hicieron con el femenino.

La Imagen 3 muestra una comparativa por género de las dos poblaciones.

La imagen 4 y 5 muestran una comparativa de la experiencia entre los dos grupos. Hubo una respuesta con especificación de "otra" que fue técnico de análisis clínico.

Imagen 3: Comparativa de participación en el estudio según su género

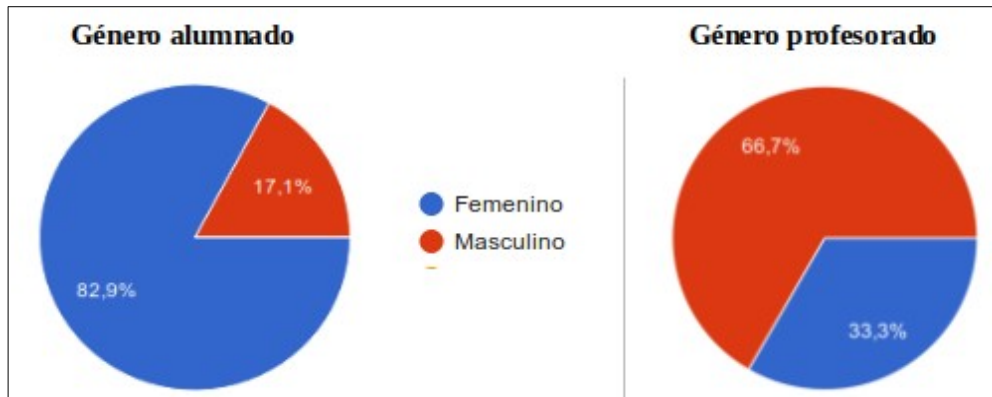


Imagen 4: Experiencia sociosanitaria del alumnado

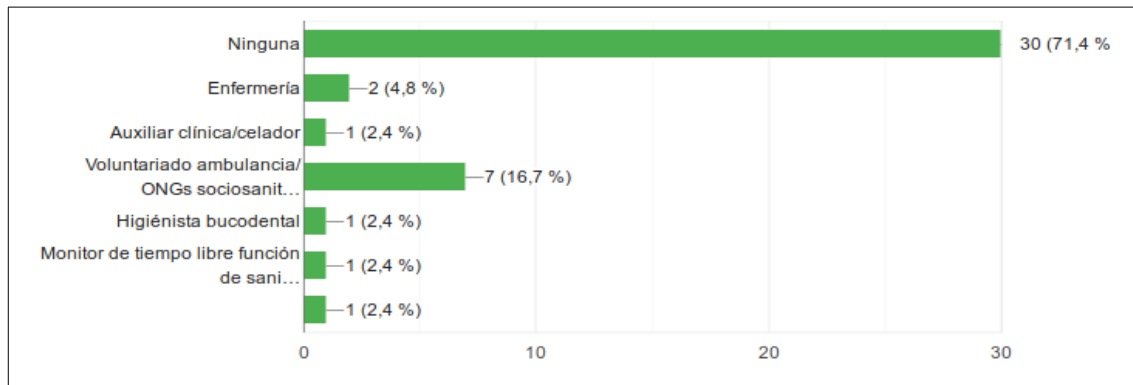
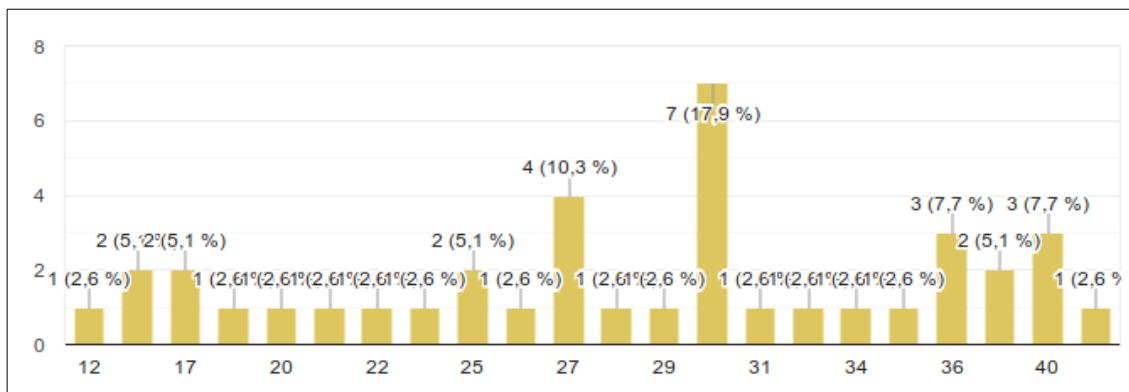


Imagen 5: Años de experiencia clínica del profesorado



En cuanto al área clínica de conocimiento, 16 profesionales pertenecen a especialidades quirúrgicas o médico quirúrgicas, frente a 22 que ejercen especialidades médicas. Una persona refirió dedicarse a psiquiatría a través de la casilla “otras”.

7.2 Características del programa docente

Preguntamos al alumnado, en forma de pregunta abierta, por las características que debe tener una buena profesora de prácticas. Todas las encuestadas respondieron esta pregunta.

Tabla 1: Categorización de las respuestas abiertas de la pregunta 6 del alumnado: ¿Por qué lo/ a has elegido como buen/a profesor/a? ¿Cuáles son las características que en tu opinión definen a un/a buen/a docente y que posee el profesor/a en que has pensado?

<p>Buena docente</p>	<p><i>Gran docente, explica muy bien, implicado; Se preocupa porque entendamos bien los conceptos; Involucrado con la docencia; Ganas de transmitir conocimiento, interés en que los alumnos aprendan, se preocupan porque los entiendas; Daban pie a preguntar cualquier duda, me enseñaban a explorar, tenían muchos conocimientos y ganas de compartirlos; Dedicar tiempo a explicar los casos; Explica cada paciente antes de ir a verle en urgencias, explica por qué pide cada prueba; Que te explique aspectos básicos de las patologías más prevalentes en su área, voluntad de explicar; Explica el procedimiento mientras opera; Te hacen caso; Interés en alumnado, proporcionar confianza para preguntar, en su ausencia que hable con otros compañeros</i></p>
-----------------------------	---

	<i>para que se hagan cargo del alumno.</i>
Anima a participar	<i>Te deja participar; Delega en ti algún papel, te hace sentir parte del servicio; Permitirle participar en las tareas para que se sienta útil, permite cierta independencia al alumno, buscan actividades extra para que no te aburras; Siempre dando opción a involucrarnos en el servicio y a poder hacer cosas, me presentaban a los pacientes. permite la docencia de prácticas practicando, animar a aprender, a ser autónomo, a confiar en uno mismo, permite realizar la exploración física y escribir la historia clínica, capaz de hacer que te integres en su jornada laboral; Feedback, que el alumno ponga en práctica procedimientos/exploraciones etc., dar la oportunidad de desenvolverte tú solo en las prácticas, me hizo aprender de él y soltarme a la hora de realizar anamnesis y exploraciones; Integrar a los alumnos como parte del equipo.</i>
Carácter personal	<i>Simpático; Respeto al alumno, comunicativo y cercano, que estuviésemos a gusto; Estar pendiente de tu alumno; Buena comunicación y atento, comprensivos, amables, tenían valores éticos, empatizaban con el paciente, habilidades sociales con sus iguales, pacientes y superiores; Trato y atención hacia mi persona, Trato hacia el paciente y resto de profesionales; Empatía; Amabilidad, es una persona con la que es agradable hablar, humanidad y educación.</i>

Las respuestas íntegras están disponibles en el Anexo 5

7.3 El razonamiento clínico en las prácticas clínicas

Les preguntamos a los dos grupos si creían que el alumnado conoce los objetivos de la rotación al inicio de las mismas y obtuvimos un resultado casi idéntico, siendo mayoritaria la impresión de que el alumnado desconoce dichos objetivos al inicio de cada rotación. (Imagen 6)

es preguntamos también si los conocían al finalizar las rotaciones a lo que 7 de cada 10 alumnas y 8 de cada 10 profesoras respondieron que sí.

Preguntamos al profesorado si creía que sus colegas conocen los objetivos de la rotación y más de la mitad respondieron afirmativamente (22 de 39). Paralelamente le

preguntamos al alumnado si cree que el profesorado se propone que alcancen los objetivos en cada rotación, a lo que casi todas nuestras alumnas encuestadas respondieron que no (39 de 41).

A continuación, pedimos al alumnado que explicara su respuesta y 38 de las 41 lo hicieron. Categorizamos sus respuestas en 4 grupos: *Rotundamente no*, *En la práctica no*, *Dificultades para lograr los objetivos* y *Si*. A continuación se muestran los sustratos incluidos en cada categoría. (Tabla 2)

Tabla 2: Categorización de las respuestas abiertas de la pregunta 7 del alumnado: ¿Crees que todo el profesorado se proponen que el alumnado alcancen los objetivos de la rotación por su servicio o departamento correspondiente?

Rotundamente no 11 respuestas	<i>No siempre parece que esa sea la principal intención del tutor; Muchos no saben al comenzar las prácticas cuáles son los objetivos docentes; Prácticamente ni saben de la existencia del portafolio; No; Rotundamente no, muchos de los tutores de prácticas no saben cuáles son los objetivos ni te dan oportunidad de ponerlos en práctica.</i>
En la práctica no 13 respuestas	<i>Algunos ni te conocen; Personalmente algunos profesores solo son docentes por el mero reconocimiento profesional; He llegado a pensar que sólo están por el dinero 6 por los puntos de experiencia laboral; Profesores que simplemente adoptan una forma de enseñar propia ignorando dichos objetivos; Desinteresados por sus alumnos; Algunos simplemente dejan que el alumno les acompañe a verlas venir, y otro directamente ni eso; Algunos profesores de prácticas parece que estén obligados a atender a los alumnos, no se involucran en nuestro aprendizaje; Hay profesores de prácticas a los que no solo no les importa si aprendes o no si no que además les da igual que estés como que no estés; Algunos tutores pasan de los alumnos, hay veces que ni caso te hacen; En general pocos tutores lo consiguen, suelen ir a lo suyo y no se preocupan mucho por el alumno; Muchos profesores de prácticas no se marcan como objetivo que el alumno aprenda todo lo que debe.</i>
Dificultades para lograr los objetivos 10 respuestas	<i>Algunos de los objetivos que aparecen en los portafolios son prácticamente irrealizables dependiendo del servicio en que te toque; Hay muchas diferencias entre las prácticas en los</i>

	<i>distintos servicios y hospitales; En hospital se ven unas cosas que en centro de salud no, y viceversa; Las prácticas de medicina son una ruleta rusa; Los médicos que más explican y hacen caso no son los tutores y por lo tanto no son los que conocen mejor los objetivos; Muchas veces alcanzar los objetivos depende del tutor al que has sido asignada; He pasado por servicios donde he estado un mes y no he llegado a saber quién era profesor asociado porque nadie se hacía cargo de nosotros; En muchos sitios se alcanza el acuerdo tácito: yo te pongo buena nota/tú no te quejas de lo precarias que han sido tus practicas; Hay objetivos que son poco realistas según dónde se realice la rotación; Queda todo demasiado al azar de que te toquen las prácticas en un buen momento para tu tutor.</i>
Si 3 respuestas	<i>En general si, pero no todos, Pienso que he cumplido los objetivos propuestos en todas las rotaciones.</i>

Las respuestas íntegras están disponibles en el Anexo 6

A continuación quisimos conocer si ambos grupos consideran que la mejora del razonamiento clínico es parte de los objetivos docentes durante el periodo práctico a lo que respondieron de manera similar, encontrando que 9 de cada diez encuestadas de ambos grupos lo considera parte de los objetivos. (Imagen 5)

Les permitimos explicar su respuesta para saber en qué sentido entendían la pregunta anterior.

Tras ser categorizadas sus respuestas encontramos los siguientes resultados.

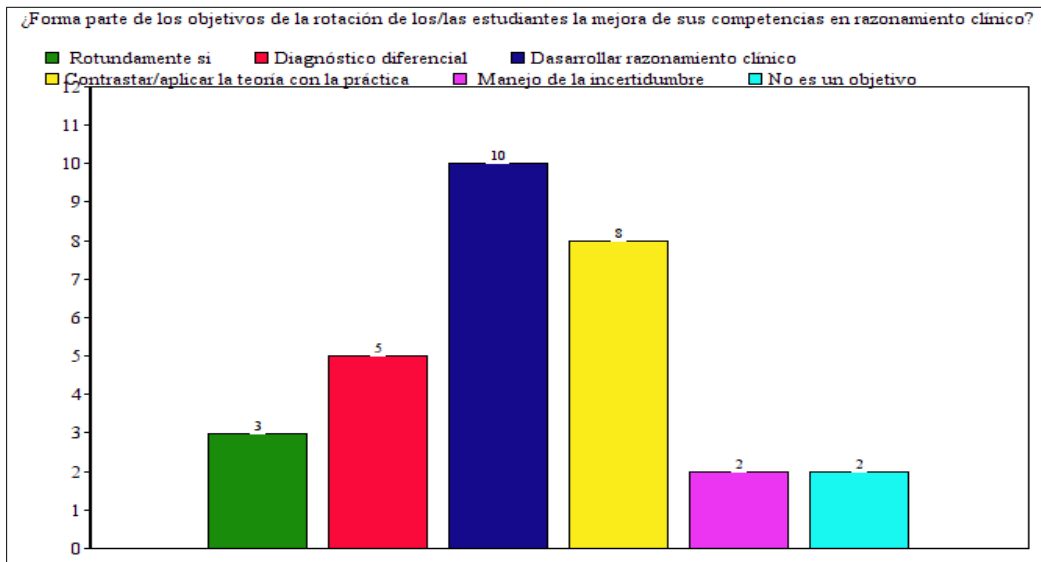
Categorías encontradas: *Rotundamente si, Diagnóstico diferencial, Desarrollar razonamiento clínico, Contrastar/aplicar la teoría con la práctica, Manejo de la incertidumbre, No es un objetivo.*

Tabla 3: Categorización de las respuestas a la pregunta 9 del profesorado: ¿Forma parte de los objetivos de la rotación de los/las estudiantes la mejora de sus competencias en razonamiento clínico?

Rotundamente si 3 respuestas	<i>Totalmente; En todos los sentidos; Es uno de los pilares de la rotación</i>
Diagnóstico diferencial 5 respuestas	<i>Diagnóstico diferencial; Deben aprender a elaborar un diagnóstico diferencial; Diagnósticos diferenciales; Aprender diagnósticos diferenciales; Establecer diagnósticos diferenciales.</i>
Desarrollar razonamiento clínico 10 respuestas	<i>Hacerles pensar; Interpretar clínica y pruebas con sentido clínico; Mejorar el abordaje de los diferentes escenarios clínicos; Aprender a desarrollar razonamientos; Deducción lógica, algoritmos de decisión; Deben aprender no solo la teoría de cada enfermedad, sino como se desarrolla esta en un paciente real y cómo afecta esta al paciente y su entorno; Observación de signos síntomas clínicos para llegar a un diagnóstico.</i>
Contrastar/aplicar la teoría con la práctica 8 respuestas	<i>Conocer la realidad de la clínica yendo más allá de los aspectos teóricos; Coordinando lo aprendido en los libros de texto con la realidad del paciente que se encuentran delante y que no siempre corresponde al prototipo de paciente que se estudia; Casos reales; Situaciones clínicas que reflejan cuadros incompletos, que no se ajustan la definición de la enfermedad de "los libros"; Aplicación de los conocimientos a la práctica clínica; Resolución de casos; Para aplicar sus conocimientos teóricos a la clínica; Resolver casos sencillos.</i>
Manejo de la incertidumbre 2 respuestas	<i>Manejar la incertidumbre; Manejo de la incertidumbre.</i>
No es un objetivo 2 respuestas	<i>No es un objetivo específico; Observan nuestra toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas.</i>

Las respuestas íntegras están disponibles en el Anexo 7

Imagen 6: Respuestas a la pregunta 9 del profesorado categorizadas.



Antes de continuar quisimos saber si el personal docente creía interesante poder ampliar el conocimiento de la metodología docente en las prácticas, a lo que la mayoría respondió positivamente. Posteriormente les pedimos que expresaran en qué sentido pensaban que debía hacerse y categorizamos sus respuestas abiertas en dos grupos, *Aprender a enseñar* y *Revisar/modificar los objetivos*. (Imagen 7)

Lo expresaron de la siguiente manera:

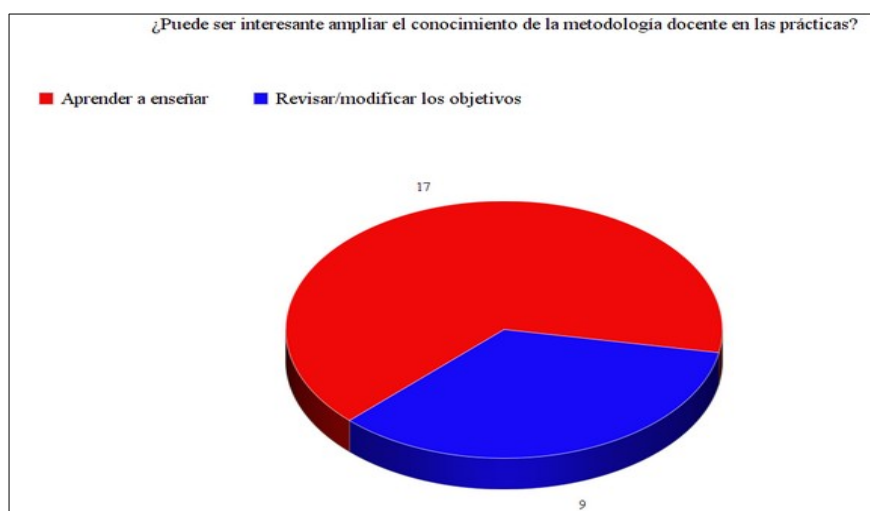
Tabla 4: Categorización de las respuestas a la pregunta 11 del profesorado: ¿Cree que puede ser interesante para los/las profesores/as asistenciales ampliar el conocimiento de la metodología docente en las prácticas?

<p>Aprender a enseñar 17 respuestas</p>	<p><i>Técnicas de tutorización; Talleres del ICE; Desarrollo de herramientas concretas (aprendizaje basado en casos); Formación específica; Carecemos de cualquier formación docente reglada. Solo tenemos la que de forma individual y voluntaria nos hemos preocupado de adquirir; Nunca hemos recibido formación sobre metodología docente y ello seguro que hace que la docencia recibida por el alumnado sea muy desigual en función del profesor a cargo; Pedagogía activa, retroalimentación, escenarios de aprendizaje; Entrenamiento de habilidades de comunicación y transmisión de conocimientos; Cursos ad hoc baremables como mérito; Formación en herramientas educativas, formación de</i></p>
--	---

	<i>formadores; Hay que aprender a enseñar; Mejorar las formas de transmitir el conocimiento y el razonamiento.</i>
Revisar/modificar los objetivos 9 respuestas	<i>Conocer algunas directrices que faciliten la homogeneidad de la formación, planteamiento claro de objetivos, alcanzables; Objetivos teoría en programa docente; Unificando el formato y el cumplimiento de objetivos por los alumnos; Difusión de objetivos docentes y resultados de aprendizaje y formación en metodología docente; Establecer con más claridad los objetivos y en ocasiones metodología docente; Cambiar algún criterio de evaluación; Sería deseable que exista un guion de mínimos común a todos los alumnos.</i>

Las respuestas íntegras están disponibles en el Anexo 8

Imagen 7: Respuestas a la pregunta 11 del profesorado categorizadas.



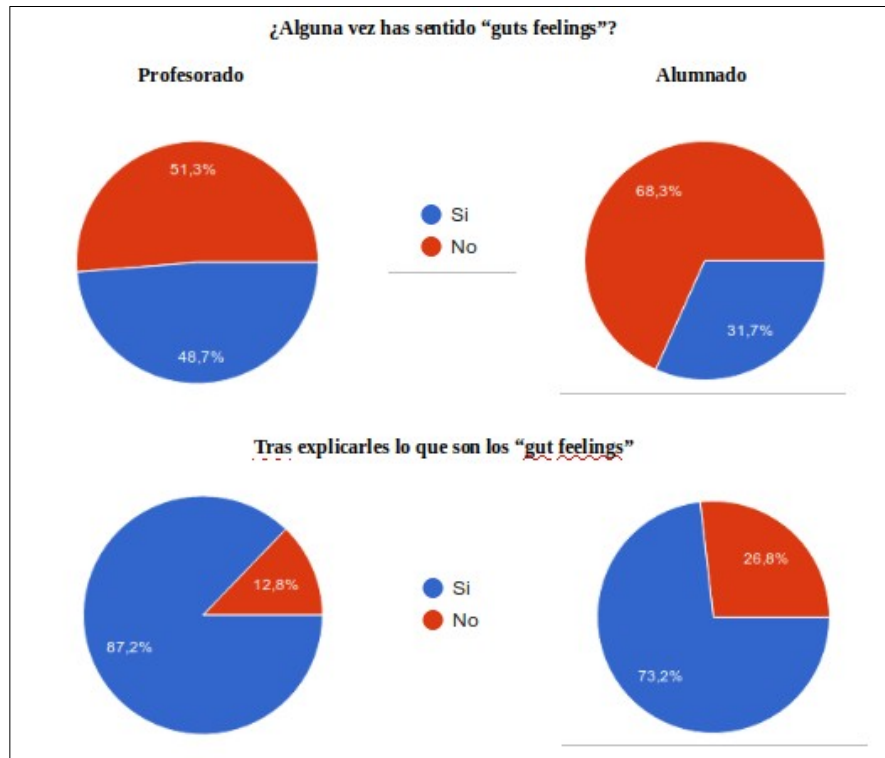
7.4 El Gut Feeling en la experiencia práctica

Empezamos este bloque preguntándoles a los dos grupos estudiados si conocían el término “gut feeling”. Cerca de la mitad del profesorado dijo conocerlo (18 de 39 encuestadas) y solo 6 de las 41 alumnas. Al preguntarles si lo habían sentido alguna vez las respuestas afirmativas ascendieron a 19 entre el profesorado y a 13 entre el alumnado.

A continuación les dimos una pequeña explicación de lo que se denominan “guts feelings” y volvimos a preguntarles si lo habían sentido en la práctica clínica y durante las prácticas. Esta vez afirmaron haberlo sentido casi 9 de cada 10 profesoras (34 de

39) y casi $\frac{3}{4}$ de las alumnas (30 de 41). (Aumento alumnado=43%. Aumento profesorado=56%) (Imagen 8)

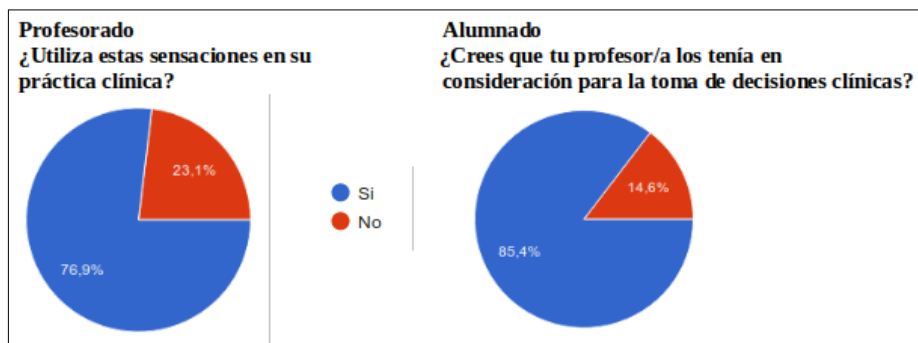
Imagen 8: Comparativa sobre si las encuestadas habían sentido gut feelings, antes y después de explicarles lo que son.



Les pedimos a las alumnas que nos especificaran en que especialidad/es lo habían sentido. 20 de las 27 respuestas incluían alguna especialidad médica.

3 de cada 4 profesoras afirmaron utilizar estas sensaciones en la práctica clínica, hecho que casi 9 de cada 10 alumnas confirmaron. (Imagen 9)

Imagen 9: Comparativa entre la presencia de los GF en la práctica clínica de las profesionales encuestadas y la percepción de ese uso que tienen las alumnas.



La mitad del profesorado encuestado accedió a describirnos su experiencia, de dónde pudimos extraer información sobre cómo describen los GF, cuándo creen que se dan, qué son y cómo fueron. Lo expresaron de la siguiente manera:

Tabla 5: Categorización de las respuestas dadas a la pregunta 16 del profesorado: ¿Utiliza estas sensaciones (GF) en su práctica clínica?

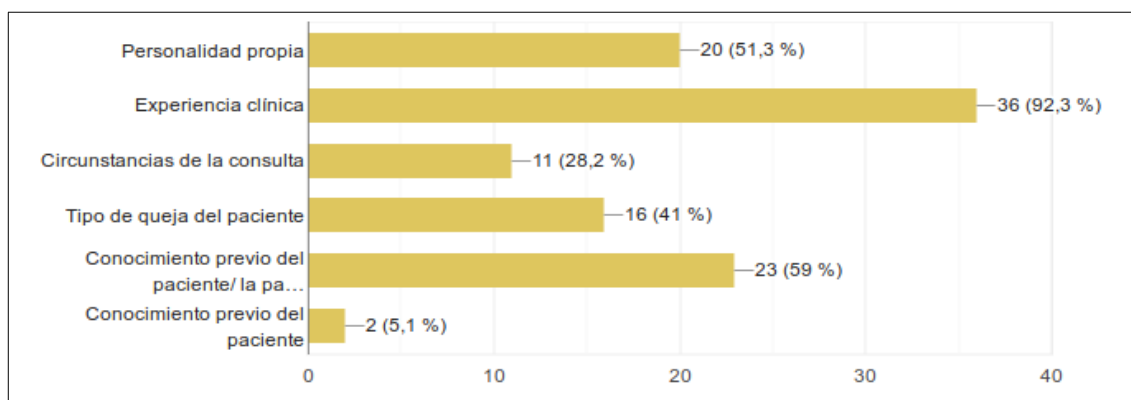
¿Cómo lo describen?	<i>Ojo clínico, intuición; Olfato clínico; Esa sensación de Corazonada (En castellano); Es un sexto sentido; Es una sensación.</i>
¿Qué es?	<i>Es una parte integrada en la forma de hacer las cosas, capacidad de percibir y tener en cuenta algunos signos (sutiles) de gravedad (o no) en el paciente; La intuición de que algo no va bien; La experiencia permite adquirir esta "habilidad" solo a algunos profesionales; En el mismo momento en que ves al paciente en la consulta, te haces una idea de cómo está; Se potencia con los años; En el mismo momento en que ves al paciente en la consulta, te haces una idea de cómo está; Pacientes con poca sintomatología pero con sensación de gravedad; Aumenta tu nivel de alerta; Pacientes que sabes que van a ir mal; Tu ves algo en su cara que te hace sospechar que algo no va bien.</i>
¿Cuándo?	<i>Cuando se está atento a todas las señales que emite el paciente y el médico; Variando la entrevista y conducta diagnóstica; Observando las emociones del paciente, sus gestos y su manera de estar en la consulta; Continuamente en el contexto clínico-diagnóstico.</i>
¿Cómo?	<i>Hay que profundizar es en la percepción de los detalles y no atribuir cada actuación a ese gut feeling; Si me quedo intranquilo con esa sensación reviso lo que he hecho, vuelvo a citar al paciente tratando de enmendarlo o reevaluó; Te obliga a profundizar en los medios disponibles para probarlo; Se usan a veces de una forma irracional y otras veces se contrarrestan al aplicar los protocolos y guías clínicas; Cuando un paciente grave creo que va a ir bien animo más a la familia; Debes fiarte de estos sentimientos porque al final están justificados, responden a la frase de "algo no me gusta" o "seguro que no tiene nada"; La mayoría de las ocasiones</i>

	<i>las corroboro, nunca sin dejar de confirmar objetivamente mis presentimientos.</i>
--	---

Se incluyen las respuestas íntegras en el Anexo 9

Las profesionales escogieron la *experiencia clínica* como factor principal que colabora en la aparición de GF (9 de cada 10 marcaron esta respuesta). Le siguen, marcadas por algo más de a mitad de las encuestadas, el *conocimiento previo del paciente* (23 de 39) y la *personalidad propia* de las médicas (20 de 39). Por detrás de éstas quedaron el *tipo de queja del paciente* (16 de 39) y las *circunstancias de la consulta* (11 de 39). Tan solo 2 personas consideraron que el conocimiento previo del paciente participaba en la aparición de los GF. (Imagen 10)

Imagen 10: Factores que colaboran en la aparición de los GF, según el profesorado



La gran mayoría de las alumnas (35 de 41) creen que es importante que se les expliquen esas sensaciones o GF, aunque solo algo más de $\frac{1}{4}$ de las encuestadas indicaron que se les explicara durante las prácticas (12 de 41).

Les preguntamos cómo creen que deberían hacerlo y encontramos con más frecuencia en sus respuestas, $\frac{1}{3}$ de las respuestas lo incluían, las siguientes propuestas: “Explicarte porque le ha dado la sensación de que algo iba mal”, “Haciendo al alumno partícipe de una reflexión que incluya explicar por qué ha actuado de la manera que lo ha hecho con ese paciente, cuáles son sus impresiones y en qué basa sus decisiones siguientes”, “Manifestando la seguridad/incertidumbre que le genera un paciente”, “Describiendo lo que siente y por qué cree que es ese sentimiento, Hablando entre cada paciente sobre su opinión y sensaciones”. Las siguientes ideas más repetidas fueron que debería hacerse “entre consulta y consulta”

y que las profesoras deberían “ser claras y sinceras” al hacerlo (ambas presentes en 4 de las 27 encuestas).

Las respuestas íntegras están disponibles en el Anexo 10.

Tres de cada cuatro alumnas expresó que, en su experiencia, las familias y pacientes suelen manifestar estos presentimientos.

Por último, pedimos a los dos grupos que nos relataran la experiencia de gut feeling que más les impresionó. Recogemos a continuación algunas de ellas:

Tabla 6: Experiencias de GF del profesorado

GF del profesorado	<i>Paciente con dolor de rodilla cuyo relato de la sintomatología me impresionó desde el principio de problema reumático. Ninguna de las pruebas practicadas llegó a demostrar esa sospecha, ni siquiera la consulta con el especialista correspondiente. Al contrario, lo único que se halló fue una rotura meniscal, que fue intervenida. Este paciente reapareció en la consulta 9 años después, ahora ya con el diagnóstico de artritis reumatoide seronegativa. Fue la primera vez que me ocurrió; Una paciente joven frecuentadora que acudía a veces por alguna crisis de ansiedad. Un día vino por parestesias en los pies, cefalea inespecífica y mucho nerviosismo. Toda la exploración era normal. Lo que podía parecer una nueva crisis de ansiedad, sin embargo, algo me dijo que aquello no lo era, y la derivé a urgencias. Fue una rotura de aneurisma; Paciente que viene remitida por su médico de atención primaria con síntomas inespecíficos y refiriendo una patología banal y que por su expresión profundamente triste me animó a realizar una exploración muy completa que iba más allá de lo que describía y me permitió diagnosticar un carcinoma de faringolaringe.</i>
---------------------------	---

Resto de respuestas en el Anexo 11

Tabla 7: Experiencias de GF del alumnado.

GF del alumnado	<i>Un día fuimos a ver a una paciente que llevaba un año padeciendo un tipo de cáncer bastante agresivo, ese día nada más ver a la paciente, su aspecto, su expresión y sobre todo su mirada, me dio muy mala espina, muy mal presentimiento y a los dos días falleció; Un paciente con dolor torácico que clasificarán de ansioso seguramente por un ECG normal, que a mí me daba sensación de grave aunque no tuviera gran disnea y no tan mala apariencia general, y luego resultara ser de origen cardíaco; Una señora con cáncer de vejiga en estadio IV (yo aún no conocía el diagnóstico) que era muy positiva, demasiado incluso, y al salir de su habitación me dio la sensación que la señora no estaba nada bien a nivel de salud, lo cual me confirmó el médico.</i>
------------------------	--

Resto de respuestas en el Anexo 12

Algunas de las preguntas planteadas en los cuestionarios y sus correspondientes respuestas no se han incluido en esta exposición de resultados por haberse valorado como posibles distractores ya que las respuestas no se correspondían con lo preguntado o bien carecían de valor informativo. Están incluidas como Anexo 13 para hacer posible su revisión.

8. Discusión

Los resultados han servido para dar respuesta a los dos objetivos que nos habíamos propuesto con esta investigación. Gracias a las encuestas que realizamos y que han podido responder el profesorado y el alumnado hemos obtenido información relevante sobre el modelo de enseñanza del razonamiento clínico en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza.

Las mismas encuestas nos permitieron recoger la percepción de profesoras y alumnas sobre los gut feelings y sus experiencias con ellos.

La escasa participación supone la principal limitación de este trabajo. Consideramos necesario mejorar la información disponible sobre la población de tutoras y estudiantes. Mejorar la participación en una posible nueva investigación de estas características plantea la puesta en práctica de medidas de difusión y motivación a la colaboración como una necesidad prioritaria. Hemos comprobado que la Facultad de Medicina de Zaragoza no dispone de listados centralizados de su alumnado y profesorado, cada Departamento tiene su propio procedimiento de funcionamiento, lo que supone una limitación y una fuente de posibles sesgos.

No hemos encontrado cuestionarios en la bibliografía con los que poder comparar la presencia del razonamiento clínico en la docencia médica universitaria ni herramientas cuantitativas con las que poder evaluar su aprendizaje.

A pesar de sus limitaciones, la información recogida en este trabajo es relevante y merece destacar que casi una de cada cinco estudiantes hayan manifestado tener deseos de conocer los resultados de este proyecto una vez finalizado. Una alta tasa del profesorado,(9 de cada 10), expresó interés en ampliar sus conocimientos como docente, casi la mitad de ellas consideró necesario aprender a enseñar y 7 de cada 10 planteó de manera voluntaria propuestas de mejora. Al mismo tiempo, casi la totalidad de las alumnas respondieron las preguntas abiertas y voluntarias sobre el cumplimiento de los objetivos durante los rotatorios y las características del programa docente. Asumimos que quienes si desearon participar realizando las encuestas son personas a las que atrajo la posibilidad de colaborar en un proyecto de mejora docente del programa de prácticas tuteladas del 5º y 6º curso de medicina.

Refuerza esta idea la asimetría registrada en cuanto al conocimiento previo de los objetivos que tienen alumnas y profesoras. Como hemos visto, más de la mitad del profesorado encuestado cree que sus colegas conocen estos objetivos, sin embargo

casi la totalidad del alumnado manifestó no percibirlo de esa misma manera, incluso con afirmaciones como “algunos (profesores) ni te conocen”, “algunos (profesores) simplemente dejan que el alumno les acompañe” o “las prácticas de medicina son una ruleta rusa, puedes caer en un servicio muy bueno, con buen ambiente, con un tutor que esta pendiente..., o todo lo contrario puedes tener un tutor que realmente le de igual lo que aprendas, que vayas o no”. Esta discrepancia en la percepción entre un grupo y otro podría indicar que el profesorado que ha participado tiene un compromiso con el proceso docente y sus objetivos mayor que el de la población de profesoras estudiadas.

La mayoría de nuestras respondedoras (9 de cada 10) señaló la importancia del razonamiento clínico en el programa docente de las prácticas tuteladas, sin embargo comprobamos que no es una habilidad incluida explícitamente en los objetivos propuestos durante esta parte de la formación de las futuras médicas. Al explorar las características de la instrucción en razonamiento clínico que ponen en práctica nuestras docentes observamos que 1 de cada 4 consideran importante desarrollar el razonamiento clínico de las alumnas, expresado como “hacerles pensar”, “mejorar el abordaje de los diferentes escenarios clínicos” u “observación de signos síntomas clínicos para llegar a un diagnóstico”. Le sigue en importancia para ellas (1 de cada 5) el poder contrastar los conceptos teóricos aprendidos con la práctica y poder aplicarlos.

Y nuevamente encontramos discrepancia con las experiencias de nuestras alumnas en cuanto al grado de participación que se les permite durante las rotaciones y la implicación de las tutoras en la mejora y aprendizaje de habilidades clínicas.

En cuanto al conocimiento que nuestra población tiene sobre los gut feelings concluimos que es un concepto casi desconocido para nuestras estudiantes (tan solo 6 de las 41 lo conocían inicialmente) y no hemos encontrado razón por la cual el dato se dobla (hasta 13 de 41) al preguntarles si alguna vez lo han sentido. Sí podemos verificar que tras haberles dado una pequeña explicación de en qué consisten, ambos grupos lo identificaron y reconocieron haberlo percibido en mayor medida (casi la totalidad de las profesionales afirmaron haberlo sentido). Parece que los GF son parte de la práctica clínica habitual, como ya refleja la bibliografía, y que sólo el desconocimiento del término que lo describe fue lo que nos alejaba del resultado real.

9 de cada 10 de nuestras profesoras consideraron que la experiencia clínica es el factor principal que interviene en la percepción de los GF. Dato que contrasta con las casi tres de cada cuatro estudiantes que afirmaron reconocer la sensación durante las prácticas. Esto podría indicar que los GF pueden ser percibidos independientemente de la experiencia clínica previa ya que, de entre nuestra población de alumnas encuestadas (comprendida mayoritariamente entre los 22 y los 24 años) 7 de cada 10 de dijo no tener ningún tipo de experiencia sociosanitaria previa.

Hemos podido comprobar sin embargo que las experiencias de GF que las estudiantes dicen haber experimentado pocas veces les son propias (solo 3 de las 18 respuestas lo eran). Podemos concluir esto atendiendo a la redacción en tercera persona que hacían de ellas.

Casi dos de cada tres profesoras marcaron que el conocimiento previo de las pacientes es importante para que aparezcan GF, lo que también habrá que contrastar con la realidad del alumnado ya que por las características de los rotatorios y su duración ellas no han podido alcanzar un conocimiento de las pacientes equiparable al de sus tutoras.

El tercer factor que las docentes consideraron determinante para el reconocimiento de los GF fue la personalidad propia de las profesionales, opción seleccionada en la mitad de las encuestas (20 de las 39).

Sea como fuere que se presenten los GF, $\frac{3}{4}$ del profesorado manifestó utilizarlos en su práctica clínica habitual, hecho que las estudiantes confirmaron indicando contundentemente (9 de cada 10) creer que el profesorado los percibe. Con esa misma seguridad (9 de cada 10), las alumnas consideran que las médicas tuvieron en cuenta esos GF en la toma de decisiones clínicas y que les parece importante que se les explique lo que sus docentes sienten cuando visitan a sus pacientes. Sin embargo, 7 de cada 10 estudiantes expresaron que no les fue explicado.

Las estudiantes expresaron de manera voluntaria cómo creen que sus tutoras de prácticas podrían explicarles estas sensaciones, siendo las propuestas más repetidas relativas al momento en que podría hacerse, entre consulta y consulta, y a la forma de hacerlo, donde proponen que debería hacerse comunicándose con ellas con sinceridad y haciéndolas partícipes de las impresiones y sensaciones que tienen durante la consulta.

A la vista de estos resultados consideramos que hay un amplio espacio para la mejora de la metodología y objetivos docentes.

Dado el alto valor otorgado por profesionales y alumnas al razonamiento clínico como parte inseparable de la práctica médica proponemos que este sea un objetivo docente central durante el periodo de prácticas tuteladas en los estudios de grado de medicina. Para ello es necesario explicitarlo como objetivo a evaluar en los protocolos docentes durante cada rotación.

En consonancia con ello, impulsar el aprendizaje del razonamiento clínico previo al inicio del periodo de prácticas tuteladas podría ser igualmente necesario, puesto que durante esta fase de la formación los objetivos tratan de que las estudiantes pongan en práctica lo estudiado previamente. Por tanto, únicamente dándole un mayor peso al razonamiento clínico en los objetivos no podría ser suficiente ya que las estudiantes carecen de las bases conceptuales y teóricas sobre como poner en práctica esta habilidad clínica.

Recogemos también la propuesta del profesorado de ampliar su formación en técnicas docentes, tanto generales como específicas sobre razonamiento clínico, incluidos los GF.

Hemos detectado que los portafolios no se ajustan a todas las rotaciones de manera adecuada, siendo alguno de ellos compartidos por varios servicios de una misma área médica pero con actividad clínica diferente. Esto puede generar dudas en el profesorado de prácticas sobre como alcanzar los objetivos y frustración en el alumnado, que lo percibe como desinterés en su formación. Creemos óptimo ajustar los protocolos y objetivos a cada servicio y centro asistencial, dándolos a conocer tanto entre el alumnado como entre las tutoras del Practicum.

Entendemos que este trabajo es insuficiente para dar luz a la situación real del programa docente de las prácticas tuteladas que actualmente se llevan a cabo en la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza, situación que deberá seguir estudiándose para garantizar una mejora constante ajustada a sus necesidades y exigencias.

Consideramos que hay razones suficientes para ampliar el interés sobre investigaciones que busquen objetivar los GF dado que es un elemento indisoluble de la práctica clínica.

9. Fortalezas y limitaciones del trabajo:

La elección de los cuestionarios online permite que los resultados tengan gran solidez por la reducción de sesgos con respecto a otros formatos. También permite garantizar el anonimato de las participantes ya que, una vez programadas de esa manera las encuestas, ni siquiera quien crea los formularios puede modificar esa configuración ni recuperar dicha información de ninguna manera.

Las poblaciones se han conformado a través de los listados de los rotatorios de quinto y sexto curso disponibles en la web de la Facultad de Medicina de Zaragoza y de los datos del profesorado y el alumnado del Practicum en Huesca a través de su coordinador. Ambas listas han sido depuradas manualmente por las investigadoras.

Sin embargo, el envío de los cuestionarios no ha sido realizado por las investigadoras sino desde el decanato para garantizar el anonimato en todo momento. Al no haber podido tener acceso al listado de contactos al que se han enviado dichos cuestionarios desconocemos el número real de nuestra población ni sus características (género, curso, especialidad).

Este hecho y la escasa potencia obtenida por la falta de respuesta hacen que nuestra investigación sea puramente descriptiva.

10. Conclusiones

Podemos concluir que nuestra hipótesis ha sido respaldada por los resultados de este trabajo y que los GF tienen un papel importante en el proceso diagnóstico, tanto para las profesionales como para las estudiantes, y pueden ser aplicados en la docencia del razonamiento clínico y la mejora de su ejecución.

Resolvemos también que hay interés entre el profesorado y el alumnado en mejorar las habilidades de razonamiento clínico durante la formación académica y que el modelo de enseñanza del razonamiento clínico de la Facultad de Medicina de la UZ puede ser mejorado en varios aspectos:

- a) Reforzando la formación del profesorado en metodologías docentes, tanto genéricas como específicas sobre razonamiento clínico y GF.
- b) Incluyendo formación troncal obligatoria en razonamiento clínico durante los estudios de Grado de Medicina.
- c) Ajustando los protocolos de cada rotación a las características y actividad de cada servicio y explicitando el razonamiento clínico como objetivo a trabajar y mejorar durante las prácticas.

Como propuesta, será necesario seguir mejorando las herramientas y los procedimientos para poder conseguir la potencia suficiente de la muestra para que los resultados nos permitan dar respuesta a los objetivos de este trabajo con una mayor seguridad.

Y habrá que continuar investigando los mecanismos aparición, la fiabilidad y el tipo de proceso cognitivo que hay detrás de los GF con el fin de poderlo perfeccionar y enseñarlo a estudiantes y profesionales.

11. Agradecimientos

Quisiera agradecer a varias personas y entidades la ayuda que me han prestado en la realización de este Trabajo Fin de Grado.

En primer lugar, a mi tutora de este trabajo Maite Delgado Marroquín, por su sincera dedicación y compromiso conmigo, con este trabajo y con todo a lo que he podido ver que destina tiempo de su vida. También deseo agradecerle su apoyo en los momentos en los que he tenido que decidir hacer mio este trabajo.

A Carlota Canet Fajas, a la que espero haber podido ayudar algo en sus tesis doctoral con este trabajo. Gracias por ayudarme a aterrizar y contextualizar el objetivo de todo esto y por tu enorme ayuda con la bibliografía.

A ambas las considero compañeras de este proceso de aprendizaje, parte de este trabajo es suyo también.

Quiero trasladar mi agradecimiento a todas las personas que aceptaron colaborar con este proyecto y respondieron los cuestionarios. Sin ellas nada habría sido posible. Pero sobre todo gracias por la sinceridad, humildad y crudeza con la que respondieron.

Por último, quiero agradecer al Decanato y los diferentes Departamentos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza por haber colaborado en la realización de las poblaciones y el envío de los materiales, y al Observatorio de Igualdad de Género de la UZ por animar a toda la comunidad universitaria a dejar atrás el lenguaje machista y romper con ello la invisibilización de la mujer en la sociedad, incluidos los textos académicos.

12. Bibliografía

1. Harasym PH, Tsai TC, Hemmati P. Current trends in developing medical students' critical thinking abilities. *Kaohsiung J Med Sci.* 2008;24(7):341-55.
2. Yazdani S, Hoseini Abardeh M. Clinical Reasoning in Medicine: A Concept Analysis. *J Med Educ Summer.* 2017;16(3):154-62.
3. Eva KW. What every teacher needs to know about clinical reasoning. *Med Educ.* 2005;39(1):98-106.
4. Elstein AS, Schwartz A. Clinical problem solving and diagnostic decision making: selective review of the cognitive literature. *Br Med J [Internet].* 2002;324(March):729-32. Recuperado a partir de: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1122649&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
5. Jaime Claudio Villarroel Salinas, Quesia Ribeiro Dos Santos² NBH. Razonamiento Clínico: Su Déficit Actual y la importancia del aprendizaje de un Método durante la formación de la Competencia Clínica del Futuro Médico. *Rev Cient Cienc Med* 2014; 17(1) 29-36. 2014;17(1):29-36.
6. Norman G. Research in clinical reasoning: Past history and current trends. *Med Educ.* 2005;39(4):418-27.
7. Barais M, Hauswaldt J, Dinant GJ, van de Wiel M, Erik Stolper CF, Van Royen P. COGITA network has constructed a glossary of diagnostic reasoning terms. *Eur J Gen Pract [Internet].* Informa UK Limited, trading as Taylor & Francis Group; 2017;23(1):53-6. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1080/13814788.2016.1242569>
8. Stolper E, Van Royen P, Dinant GJ. The «sense of alarm» ('gut feeling') in clinical practice. A survey among European general practitioners on recognition and expression. *Eur J Gen Pract.* 2010;16(2):72-4.
9. Oliva B, March S, Gadea C, Stolper E, Esteva M. Gut feelings in the diagnostic process of Spanish GPs: A focus group study. *BMJ Open.* 2016;6(12):1-9.
10. Stolper E, Van Royen P, Van De Wiel M, Van Bokhoven M, Houben P, Van Der Weijden T, et al. Consensus on gut feelings in general practice. *BMC Fam Pract.* 2009;10:4-9.
11. Mayer EA. Gut feelings: The emerging biology of gut-"brain communication. *Nat Rev Neurosci.* 2011;12(8):453-66.

Anexos

1. Hoja de información y consentimiento informado	Anexos 1-2
2. Encuesta del alumnado	Anexo 3
3. Encuesta del profesorado	Anexo 4
4. Respuestas abiertas	Anexo 5 - 12
5. Preguntas y respuestas no analizadas en los resultados	Anexo 13

1. Hoja de información y consentimiento informado

Anexo 1

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA EL PARTICIPANTE

1. Introducción:

Nos dirigimos a usted para solicitar su participación en la fase piloto de un proyecto de innovación docente a realizar durante las prácticas curriculares del grado de Medicina de la Universidad de Zaragoza. Su participación es voluntaria, pero es importante para obtener el conocimiento que necesitamos. Este proyecto ha sido remitido al Comité de Ética de Investigación Clínica para obtener su dictamen favorable. Para tomar una decisión sobre su participación es conveniente que:

- lea este documento entero
- entienda la información que contiene el documento
- pueda hacer todas las preguntas que considere necesarias
- tome una decisión meditada
- otorgue su consentimiento informado expresamente, si finalmente desea participar.

Se le entrega una copia de esta hoja y del documento de consentimiento firmado si participa. Por favor, consérvelo por si lo necesitara en un futuro.

2. ¿Por qué se le pide participar?

Se le solicita su colaboración en calidad de alumno/a, o profesor/a de la Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza porque nos interesa saber las respuestas a las preguntas que le haremos. El estudio va dirigido a todo el alumnado de 5o y 6o curso y al profesorado de prácticas tuteladas durante el período de febrero-marzo de este curso académico. Ya se ha llevado a cabo un estudio de características similares en la Universidad de Monterrey (México) y en la Universidad de Lleida.

3. ¿Cuál es el objeto de este estudio?

Se trata de un estudio descriptivo transversal mediante cuestionario dirigido a conocer cómo se lleva a cabo el aprendizaje del razonamiento clínico durante las prácticas curriculares. Este estudio, que constituye el TFG de una alumna de sexto, es un pilotaje para el proyecto de Tesis doctoral de una alumna del programa de doctorado de la Facultad de Medicina.

4. ¿Qué tengo que hacer si decido participar?

Si usted decide participar, le vamos a hacer llegar una encuesta de respuestas abiertas y cerradas, con una duración prevista de 3 minutos (si sólo responde los ítems cerrados) y no más de 15 minutos si cumplimenta también las preguntas abiertas. Es personal y no debe contestarse en grupo, entre varias personas. La encuesta tiene un formato online para facilitar el que llegue a un máximo número de personas, su comodidad a la hora de contestarla, y también en el momento de la recogida de datos una vez obtenido un número de encuestas suficiente. Trabajaremos con la plataforma de documento Google Form, que si no la conoce, le aseguramos que no ofrece complejidad alguna y no requiere más que un ordenador o dispositivo móvil con conexión a Internet. Le llegará el enlace a la encuesta al correo institucional o al correo de la Universidad de Zaragoza, según sea usted alumno (a) o profesor

(a). Esta herramienta de Google Form permite guardar las respuestas sin que estén ligadas a una cuenta de correo, asegurando así el anonimato en las respuestas. Únicamente le pediremos que indique sus datos de filiación: edad, sexo, curso / tiempo de experiencia clínica y docente. Los datos serán tratados con estricta confidencialidad.

En una segunda fase del estudio, nos interesaría poder ampliar la información que obtendremos con la encuesta a través de una entrevista más extensa que también será en formato escrito pero para la cual sí que necesitaremos la participación de aquellos que voluntariamente quieran acceder a ello: por eso hemos añadido a la encuesta inicial la opción de escribir una cuenta de correo para poder contactar. Esta segunda fase del estudio será llevada a cabo posteriormente antes de finalizar el año vigente.

5. ¿Qué riesgos o molestias supone?

No va a suponer ningún riesgo ni molestia la participación en este estudio.

6. ¿Obtendré algún beneficio por mi participación?

Al tratarse de un estudio de investigación orientado a generar conocimiento no es probable que obtenga ningún beneficio por su participación si bien usted contribuirá al avance científico y al beneficio social.

Usted no recibirá ninguna compensación económica por su participación. Tampoco los investigadores.

7. ¿Cómo se van a tratar mis datos personales?

Toda la información recogida se tratará conforme a lo establecido en la legislación vigente en materia de protección de datos de carácter personal. En la base de datos del estudio no se incluirán datos personales: ni su nombre, ni su número de historia clínica ni ningún dato que le pueda identificar. Se le identificará por un código que sólo el equipo investigador podrá relacionar con su nombre.

De acuerdo a lo que establece la legislación de protección de datos, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos. Además puede limitar el tratamiento de datos que sean incorrectos, solicitar una copia o que se trasladen a un tercero (portabilidad) los datos que usted ha facilitado para el estudio. Para ejercitar sus derechos, diríjase al investigador principal del estudio. Así mismo tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no quedara satisfecho.

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, pero sí se utilizarán los que ya se hayan recogido. En caso de que desee que se destruyan tanto los datos como las muestras ya recogidos debe solicitarlo expresamente y se atenderá a su solicitud. Los datos codificados pueden ser transmitidos a terceros y a otros países pero en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, número de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito o para su uso en publicaciones científicas pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente.

El promotor/investigador adoptará las medidas pertinentes para garantizar la protección de su privacidad y no permitirá que sus datos se crucen con otras bases de datos que pudieran permitir su identificación o que se utilicen para fines ajenos a los objetivos de esta investigación.

Las conclusiones del estudio se presentarán en congresos y publicaciones científicas pero se harán siempre con datos agrupados y nunca se divulgará nada que le pueda identificar.

9. ¿Quién financia el estudio?

Esta fase piloto del proyecto no cuenta con Financiación en la actualidad.

10. ¿Se me informará de los resultados del estudio?

Usted tiene derecho a conocer los resultados del presente estudio, tanto los resultados generales como los derivados de sus datos específicos. También tiene derecho a no conocer dichos resultados si así lo desea. Por este motivo en el documento de consentimiento informado le preguntaremos qué opción prefiere. En caso de que desee conocer los resultados, el investigador le hará llegar los resultados.

¿Puedo cambiar de opinión?

Su participación es totalmente voluntaria, puede decidir no participar o retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar explicaciones. Basta con que le manifieste su intención al investigador principal del estudio.

¿Qué pasa si me surge alguna duda durante mi participación?

En la primera página de este documento está recogido el nombre y el teléfono de contacto del investigador responsable del estudio. Puede dirigirse a él en caso de que le surja cualquier duda sobre su participación.

Muchas gracias por su atención, si finalmente desea participar le rogamos que firme el documento de consentimiento que se adjunta.

Anexo 2

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, (nombre y apellidos del participante)

He leído la hoja de información que se me ha entregado.

He podido hacer preguntas sobre el estudio y he recibido suficiente información sobre el mismo.

He podido contactar con el equipo investigador a través del 617941530 o tfggf2019@gmail.com

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1) cuando quiera
- 2) sin tener que dar explicaciones
- 3) sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi consentimiento para participar en este estudio y doy mi consentimiento para el acceso y utilización de mis datos conforme se estipula en la hoja de información que se me ha entregado.

Deseo ser informado sobre los resultados del estudio: sí no (marque , lo que proceda)

He recibido una copia firmada de este Consentimiento Informado.

Firma del participante:

Fecha:

He explicado la naturaleza y el propósito del estudio al participante mencionado

Firma del Director TFG:

Fecha: 6 de marzo 2019

2. Encuesta del alumnado

Anexo 3

Cuestionario para el alumnado

Tus respuestas servirán para un posible proyecto de innovación docente dirigido a mejorar el aprendizaje de los alumnos durante sus prácticas curriculares, Este cuestionario, de respuesta voluntaria, es anónimo. Por favor, responde con sinceridad y honestidad.

*Obligatorio

1. Edad (años) *

2. Curso académico *

Marca solo un óvalo.

- 5º
- 6º

3. Género

Marca solo un óvalo.

- Femenino
- Masculino
- No binario

4. Experiencia previa en el ámbito sanitario: Si (enfermería; auxiliar clínica/celador; voluntariado ambulancia/cruz roja/residencias; otros (especificar)

Selecciona todos los que correspondan.

- Ninguna
- Enfermería
- Auxiliar clínica/celador
- Voluntariado ambulancia/ONGs sociosanitarias/residencias
- Otro:

5. Piensa en un/a gran profesor/a de prácticas (puedes nombrar más de uno/a): *

6. ¿Por qué lo/a has elegido como buen/a profesor/a? ¿Cuáles son las características que en tu opinión definen a un/a buen/a docente y que posee el profesor/a en que has pensado? *

7. Las rotaciones del alumnado de medicina por las distintas especialidades están planificadas y organizadas desde los distintos Departamentos implicados. ¿Crees que todo el profesorado se proponen que el alumnado alcancen los objetivos de la rotación por su servicio o departamento correspondiente? *

Marca solo un óvalo.

- Si

- No

Explica tu respuesta

8. ¿Crees que el alumnado conocen los objetivos de la rotación por los distintos servicios cuando llegan a los mismos? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

9. Y cuando terminan? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

10. (Si la respuesta fuera no, danos información sobre tus expectativas acerca de las prácticas clínicas y su profesorado)

11. ¿Forma parte de los objetivos de la rotación del alumnado la mejora de sus competencias en razonamiento clínico? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

12. (Si la respuesta fuera NO danos información sobre tus expectativas, sugerencias, peticiones)

13. ¿Conoces el término Gut feeling? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

14. ¿Lo ha sentido alguna vez? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

15. Los y las médicos experimentan en ocasiones el sentimiento de que algo va mal con sus pacientes durante la consulta, aunque no sepan exactamente lo que es. Habitualmente esta percepción de alarma es una sensación visceral que alerta al médico y hace que se preocupe más por el estado de salud de su paciente. En otras ocasiones, lo que se produce es una impresión/sensación visceral de seguridad ante un/a paciente con un problema de salud potencialmente grave que lleva al médico a tranquilizarse en el abordaje de su situación clínica. En el ámbito anglosajón estas sensaciones viscerales se denominan “gut feelings”¿Has reconocido esa sensación durante las prácticas? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

16.¿En qué especialidad/es?

17. ¿Crees que tus profesores/as las perciben? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

18. ¿Te lo explicaron? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

19. ¿Crees que tu profesor/a los tenía en consideración para la toma de decisiones clínicas? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

20. (Si la respuesta fuera no, danos información sobre tus expectativas acerca de las prácticas clínicas y sus profesores/as)

21. ¿Crees que es importante que el profesorado te explique todo lo que siente cuando visita a sus pacientes? *

Marca solo un óvalo.

- Si

- No

22. ¿Cómo crees que debe hacerlo?

23. ¿En tu experiencia, los/las pacientes y/o familiares suelen manifestar ese tipo de presentimientos? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

24. Por favor, comenta tu respuesta

25. ¿Serías tan amable de describirnos una experiencia propia de gut feeling que te impresionara especialmente?

Muchas gracias por haber respondido a esta encuesta. Si cambiaras de idea y desearas denegar tu consentimiento, por favor, envíanos un mensaje a la cuenta ffggf2019@gmail.com y todos los datos que hubieras generado serán eliminados. Si tienes interés en conocer los resultados de este trabajo, por favor, indícanos tu dirección de correo electrónico mandando un mensaje a la misma cuenta.

3. Encuesta del profesorado

Anexo 4

Cuestionario profesorado

Sus respuestas servirán para la fase piloto de un posible proyecto de innovación docente dirigido a mejorar el aprendizaje de los alumnos durante sus prácticas curriculares.

Este cuestionario de respuesta voluntaria es anónimo, por favor responda con sinceridad y honestidad.

*Obligatorio

1. ¿Puede indicarnos su área clínica de conocimiento? *

Marca solo un óvalo.

- Médica hospitalaria
- Médica extra hospitalaria
- Pediatría
- Psiquiatría
- Quirúrgica
- Médico-quirúrgica
- Otro:

2. Género

Marca solo un óvalo.

- Femenino
- Masculino
- No binario

3. Edad (años)

4. Años de experiencia clínica (respuesta numérica, sin decimales) *

5 Años como docente de prácticas (respuesta numérica, sin decimales) *

6. ¿Cree que todo el profesorado conoce los objetivos de la rotación de los alumnos de prácticas por su servicio o departamento? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

7. ¿Cree que el alumnado conoce los objetivos de la rotación por su servicio o departamento cuando llegan al mismo? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

8. ¿Y cuando terminan? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

9. ¿Forma parte de los objetivos de la rotación de los/las estudiantes la mejora de sus competencias en razonamiento clínico? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No
- No sabe/no contesta

10. ¿En qué sentido?

11. ¿Cree que puede ser interesante para los/las profesores/as asistenciales ampliar el conocimiento de la metodología docente en las prácticas? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

12. ¿En qué sentido?

13. ¿Conoce el término Gut feeling? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

14. ¿Los ha sentido alguna vez? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

15. Los/las médicos experimentan en ocasiones el sentimiento de que algo va mal con un paciente durante la consulta, aunque no sepan exactamente lo que es. Habitualmente esta percepción de alarma es una sensación visceral que alerta al médico y hace que se preocupe más por el estado de salud de su paciente. En otras ocasiones, lo que se produce es una impresión/sensación visceral de seguridad ante un paciente con un problema de salud potencialmente grave que lleva al médico a tranquilizarse en el abordaje de su situación clínica. En el ámbito anglosajón estas sensaciones viscerales se denominan "gut feelings"¿Ha sentido/siente esto alguna vez? *

Marca solo un óvalo.

- Si

- No

16. ¿Utiliza estas sensaciones en su práctica clínica? *

Marca solo un óvalo.

- Si
- No

17. Describa su experiencia

18. En su opinión, ¿cuáles son los factores que colaboran en la aparición de los Gut Feelings? *

Selecciona todos los que correspondan.

- Personalidad propia
- Experiencia clínica
- Circunstancias de la consulta
- Tipo de queja del paciente
- Conocimiento previo del paciente/ la paciente

19. ¿Sería tan amable de relatarnos la experiencia de gut feeling que más le impresionó?

4. Respuestas abiertas

Anexo 5

Pregunta 6 del cuestionario del alumnado y sus respuestas: ¿Por qué lo/a has elegido como buen/a profesor/a? ¿Cuáles son las características que en tu opinión definen a un/a buen/a docente y que posee el profesor/a en que has pensado?

1. Simpático, Gran docente, entretenido, explica muy bien, implicado
2. Te deja participar, hablar, se dirige a ti básicamente no como si no existieras en el mundo. Delega en ti algún papel, te hace sentir parte del servicio
3. Respeto al alumno, tenerlo en cuenta, explicarle, dejarle colaborar en lo que pueda.
4. Se preocupa porque entendamos bien los conceptos, no solo se dedica a dar el temario de manera rápida como hace el resto
5. Por que me hizo participar activamente desde el primer día, además de explicarme todo a medida que me enseñaba, fue el rotatorio más práctico que he tenido, me sentí con responsabilidades y aprendí muchísimo. Las características son, involucrado con la docencia, exigente, comunicativo y cercano.
6. Ni siquiera es tutor de prácticas de la universidad, es adjunto en el hospital pero es uno de los que más se ha preocupado de que estuviésemos a gusto y aprendiésemos. En mi opinión las características que no deberían faltar en un buen docente son: - Ganas de transmitir conocimiento - Estar pendiente de tu alumno - Permitirle participar en las tareas para que se sienta útil Lo que no debería hacer un tutor: -Hacer como si no existieses -No explicarte nada -Hacerte sentir inútil - Encasquetar a tu alumno a el residente/enfermera/otros adjuntos
7. Buena comunicación y atento al alumno
8. Buen trato personal y disposición a enseñar; interés en que los alumnos aprendan todo lo que puedan en el rotatorio y que pasen por todos los servicios de cardiología; permite cierta independencia al alumno durante las tareas que manda (historiar, hacer pruebas...), sin llegar a suturarlo.
9. Interés por enseñar
10. Son atentos, explican bien y se preocupan porque los entiendas, buscan actividades extra para que no te aburras en las prácticas.
11. Se preocupa por su alumno
12. Humanidad, el alumno además de estar allí para aprender es una persona no una máquina. Buenos docentes, comprensivos, amables, Daban pie a preguntar cualquier duda por estúpida que fuera. Siempre dando opción a involucrarnos en el servicio y a poder hacer cosas (en el caso de los quirúrgicos)
13. Disponible a responder todas las preguntas
14. Porque me presentaban a los pacientes, resolvían mis dudas y me enseñaban a explorar, así como me ayudaban en los aspectos que flaqueaba
15. Los 3 tenían ganas de enseñar, tenían valores éticos, empatizaban con el paciente, se preocupaban por enseñarme, tenían humor (cosa que considero importante en el

- ámbito médico) , habilidades sociales con sus iguales, pacientes y superiores , y por supuesto tenían muchos conocimientos y ganas de compartirlos (quizás sea casualidad o no que todos son adjuntos jóvenes)
16. Con INTERÉS en explicar y atender al alumno. Renovación de conocimientos. Amplia experiencia. Buenas personas
 17. Dedicar tiempo a explicar los casos que se ven además de permitir participar lo máximo posible
 18. Inteligente, comprometido, simpático
 19. Porque han sido muy agradables conmigo, explican cualquier duda (y no dan por supuesto que sabemos muchas cosas) y porque te dejan implicarte y hacer cosas
 20. Porque aprendí mucho de ellas en el ámbito clínico y en el humano, en mi opinión un buen profesor debería enseñarte a mejorar tus conocimientos en ambos ámbitos.
 21. Que permite la docencia de prácticas practicando, pues de otro modo no es docencia práctica sino teórica o ni docencia. Con esta profesora he aprendido en dos semanas a explorar, cosa que no con otros profesores en prácticas siguientes o seminarios.
 22. Empatía, animar a aprender, a ser autónomo, a confiar en uno mismo, ayudar a re despertar la vocación por la medicina.
 23. Explica cada paciente antes de ir a verle en urgencias, explica por qué pide cada prueba, te permite realizar la exploración física y escribir la historia clínica para, después, revisarla él
 24. 1º Trato y atención hacia mi persona (a ser posible como mínimo que tras la rotación se sepa mi nombre) 2º Trato hacia el paciente y resto de profesionales (delante y detrás de estos) 3º Que sea capaz de hacer que te integres en su jornada laboral 4º Que te explique aspectos básicos de las patologías más prevalentes en su área
 25. Feedback humildad tratarte como igual
 26. Conocimientos actualizados en su materia que pone en práctica en la clínica y sabe explicar a sus alumnos. Ganas de enseñar y de que aprendan los alumnos. Empatía. Amabilidad. Capacidad de simplificar conocimientos y datos.
 27. Atención al alumno, voluntad de explicar lo que surja durante las prácticas y de que el alumno ponga en práctica procedimientos/exploraciones etc. Valoración del trabajo e interés del alumno
 28. Dedicar tiempo a tu formación teórica aprovechando cada caso visto en prácticas, y dar la oportunidad de desenvolverte tú solo en las prácticas, dentro de lo posible, con el tutor a tu lado supervisando. Creo que las prácticas deben ser precisamente prácticas, hasta que no te enfrentas directamente a las distintas labores no rompes esa barrera de miedo en el trato al paciente, en escribir bien una historia clínica...
 29. Explica el procedimiento mientras opera, hace todo lo posible para que podamos ver las cirugías, es meticuloso como profesional, nos explicó como coser y es una persona con la que es agradable hablar
 30. No he elegido

31. Te deja participar y te explica las cosas bien, además puedes aprender de él como ejemplo
32. Interés en alumnado
33. Te hacen caso. Buenos médicos. Valoro que sea docente (que aprendas), que te haga caso y que trate bien a los pacientes
34. Es un buen médico y se nota el trato con el paciente y me hizo aprender de él y soltarme a la hora de realizar anamnesis y exploraciones
35. Integrar a los alumnos como parte del equipo, facilitar conocimientos y una relación tutor-estudiante adecuada, proporcionar confianza para preguntar.
36. Buena persona, sabe escuchar y transmitir la información muy bien.
37. Por su preocupación y docencia
38. Disposición para enseñar, buen trato al alumno, integrar y hacer partícipe al alumno en la práctica clínica, accesible para preguntar dudas, capacidad docente, en su ausencia que hable con otros compañeros para que se hagan cargo del alumno
39. Empatía
40. Atención al alumno, explicaciones frecuentes y humanidad. Y educación.
41. Empatía, simpática, atención, explicación, comfortable

Anexo 6

Explicación de las respuestas dadas en la pregunta 7 del cuestionario del alumnado: Las rotaciones del alumnado de medicina por las distintas especialidades están planificadas y organizadas desde los distintos Departamentos implicados. ¿Crees que todo el profesorado se proponen que el alumnado alcancen los objetivos de la rotación por su servicio o departamento correspondiente? Explica tu respuesta.

1. Muchos de ellos sudan del alumno
2. Prácticamente ni saben de la existencia del portafolio
3. Rotundamente no. En mi experiencia solo "hacían" de tutores asociados un 10% de ellos.
4. He rotado por cirugía en el clínico y ha sido un mes en blanco, no he hecho nada
5. Algunos ni te conocen o les da igual y otros se lo toman más en serio.
6. En mi rotación me he encontrado con tutores que no me han dejado hacer una historia clínica en todo el mes, simplemente mirar lo que él hacía, eso los primeros días está bien, pero para aprender creo que debería haber hecho alguna por mí misma. Al igual con una exploración que es básico. Y encima me justificaba eso diciendo que no había tiempo. Sin embargo en mi hoja de rotación se me exigía la realización de historias clínicas y exploraciones.
7. Existen profesores desinteresados por sus alumnos
8. Por una parte algunos de los objetivos que aparecen en los portafolios (por ejemplo) son prácticamente irrealizables dependiendo del servicio en que te toque. Luego también tenemos a profesores que simplemente adoptan una forma de enseñar propia ignorando dichos objetivos.
9. No siempre parece que esa sea la principal intención del tutor. He llegado a pensar que sólo están por el dinero 6 por los puntos de experiencia laboral
10. Hay muchas diferencias entre las prácticas en los distintos servicios y hospitales.
11. No todo el profesorado tiene interés en la realización del alumno, algunos simplemente dejan que el alumno les acompañe a verlas venir, y otro directamente ni eso.
12. Comentando con otros compañeros se ven las diferencias de los objetivos. En hospital se ven unas cosas que en centro de salud no, y viceversa
13. Actualmente las prácticas de medicina son una ruleta rusa, puedes caer en un servicio muy bueno, con buen ambiente, con un tutor que está pendiente, que te invita a hacer cosas (HC, exploraciones, pedir pruebas, poner tratamientos bajo su supervisión) que te da cierta libertad y empuje para descubrir y aprender, que tengan ganas de enseñar o todo lo contrario puedes tener un tutor que realmente le da igual lo que aprendas, que vayas o no, que te involucres. Aquí hago un inciso porque la importancia de estos tutores es muy grande, ya que ellos pueden hacer que te guste o disguste una especialidad o incluso la medicina en general.
14. Algunos no demuestran interés, destacan la ignorancia de los alumnos sobre practicas

15. En general por la experiencia o lo contado por otros alumnos compañeros los médicos que más explican y hacen caso no son los tutores y por lo tanto no son los que conocen mejor los objetivos de la rotación pero si los que más intentan que obtengas algo positivo de la rotación
16. En general sí, pero no todos
17. Aun no he pasado por allí, pero varios compañeros que han estado por ejemplo en cirugía me han comentado que los tutores no han estado nada pendientes de ellos
18. Muchas veces alcanzar los objetivos depende del tutor al que has sido asignada
19. Muchos profesores de prácticas no se marcan como objetivo que el alumno aprenda todo lo que debe, sino que se dejan llevar
20. En especial hay algún profesor asociado, tutor de prácticas, que lejos de responderme a alguna duda o enseñarme algo en general, ni me ha tratado bien. No puedo opinar todavía si hay o no departamentos en general mejores o peores.
21. Algunos profesores de prácticas parece que estén obligados a atender a los alumnos, no se involucran en nuestro aprendizaje
22. Personalmente algunos profesores solo son docentes por el mero reconocimiento profesional (y/o). He pasado por servicios donde he estado un mes y no he llegado a saber quién era profesor asociado porque nadie se hacía cargo de nosotros
23. En muchos sitios se alcanza el acuerdo tácito yo te pongo buena nota/tú no te quejas de lo precarias que han sido tus practicas
24. Hay profesores de prácticas a los que no solo no les importa si aprendes o no si no que además les da igual que estés como que no estés y te conviertes literalmente en un ficus en una esquina.
25. Por un lado hay objetivos que son poco realistas según dónde se realice la rotación, y por otro lado muchos de los tutores de prácticas no saben cuáles son los objetivos ni te dan oportunidad de ponerlos en práctica no.
26. He estado en servicios excelentes (ejemplo: Urología del HCU) y en cambio en servicios a priori muy interesantes no he aprendido apenas, y me he pasado el mes amargada y sintiendo que estoy perdiendo el tiempo.
27. He estado en cirugía, y lo único que he cumplido de objetivos son las sesiones clínicas. No he ni hecho curas, ni presentado un caso en el servicio, etc.
28. Creo que es complicado la dinámica de llevar a un estudiante de prácticas si no se tiene una guía de los objetivos y tareas detalladas. Actividades que el alumno puede y debe desempeñar.
29. Queda todo demasiado al azar de que te toquen las prácticas en un buen momento para tu tutor. Y muchas veces nos quedamos sin saber que hacer tanto los alumnos como los tutores.
30. Por desgracia, a la mayoría no les importa mucho que aprendas o no, se dignan a hacer su trabajo

31. No. En numerosas ocasiones no se interesan por ti, ni te enseñan, ni piensan en lo mejor para tu aprendizaje
32. Muchos no saben al comenzar las prácticas cuáles son los objetivos docentes.
33. Algunos tutores pasan de los alumnos, sin embargo otros (incluso aunque no sean docentes) se nota que les gusta enseñar
34. Hay profesores que pasan de los alumnos
35. Porque hay veces que ni caso te hacen
36. Mi experiencia ha sido muy buena hasta ahora. Pienso que he cumplido los objetivos propuestos en todas las rotaciones.
37. La mayoría ni saben los objetivos
38. En general los tutores sí que están atentos a que se cumplan los requisitos.
39. En general pocos tutores lo consiguen, suelen ir a lo suyo y no se preocupan mucho por el alumno

Anexo 7

Explicación (pregunta 10, ¿En qué sentido?) de las respuestas dadas en la pregunta 9 del profesorado: ¿Forma parte de los objetivos de la rotación de los/las estudiantes la mejora de sus competencias en razonamiento clínico?

1. Totalmente ya que es el razonamiento aplicado a la práctica asistencial
2. EXPLORACIÓN FÍSICA, ELECCIÓN RACIONAL DE PRUEBAS DIAGNOSTICAS, OPCIONES DE TRATAMIENTO
3. Conocer la realidad de la clínica de la especialidad en cuestión y avanzar en los aspectos que son más relevantes para el manejo de los pacientes, yendo más allá de los aspectos teóricos y centrándose en los aspectos más relevantes de cada caso, a partir de la práctica clínica habitual.
4. En todos los sentidos (diagnóstico diferencial, comunicación, valoración del valor predictivo de los datos clínicos y complementarios...)
5. Hacerles pensar, coordinando lo aprendido en los libros de texto con la realidad del paciente que se encuentran delante y que no siempre corresponde al prototipo de paciente que se estudia.
6. Observan nuestra toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Creo que no todos se introducen realmente en el razonamiento de esas decisiones, aunque deberían. Influye también el nivel de conocimientos previos.
7. Diagnóstico diferencial
8. Interpretar. Clínica y pruebas con sentido clínico
9. Valorar casos reales y orientar el diagnóstico y el tratamiento
10. No es un objetivo específico. Lo planteo como reto personal de alumno para mejorar el abordaje de los diferentes escenarios clínicos a los que tiene que enfrentarse
11. Situaciones clínicas que reflejan cuadros incompletos, que no se ajustan la definición de la enfermedad de "los libros", diagnósticos diferenciales, y las situaciones donde participa el factor de la ética
12. Aprender a desarrollar razonamientos sobre la práctica clínica
13. Deben aprender a elaborar un diagnóstico diferencial con los datos de antecedentes, anamnesis, exploración y pruebas complementarias para trazar un plan diagnóstico y terapéutico para el paciente
14. APRENDER A LLEGAR A UN DIAGNÓSTICO CON LOS DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA, LA EXPLORACIÓN Y LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. ADEMÁS SABER RAZONAR CUAL SERÍA O SERÍAN LOS TRATAMIENTOS MÁS ADECUADOS EN EL CONTEXTO DE CADA PACIENTE.
15. Aplicación de los conocimientos a la práctica clínica
16. Comunicación con los pacientes mediante historia clínica, toma de decisiones
17. DEDUCCIÓN LÓGICA. ALGORITMOS DE DECISIÓN
18. Manejar la incertidumbre
19. Práctica orientada al paciente, historia clínica y resolución de casos

20. Para aplicar sus conocimientos teóricos a la clínica y el contacto con el paciente real.
21. Observación de signos síntomas clínicos para llegar a un diagnóstico; aprender diagnósticos diferenciales
22. Área salud pública - No clínica
23. Deben aprender no solo la teoría de cada enfermedad, sino como se desarrolla esta en un paciente real y cómo afecta esta al paciente y su entorno.
24. En el manejo de la incertidumbre y la capacidad de establecer diagnósticos diferenciales
25. RESOLVER CASOS SENCILLOS
26. Es uno de los pilares de la rotación, el aprender a razonar clínicamente

Anexo 8

Explicación (pregunta 12, ¿En qué sentido?) de las respuestas dadas en la pregunta 11 del profesorado: ¿Cree que puede ser interesante para los/las profesores/as asistenciales ampliar el conocimiento de la metodología docente en las prácticas?

1. En mejorar en que sea más útil para conocer la especialidad
2. Técnicas de tutorización
3. TALLERES DEL ICE
4. Conocer algunas directrices que faciliten la homogeneidad de la formación y el desarrollo de herramientas concretas (aprendizaje basado en casos)
5. En todos, de nuevo.
6. ¿Cómo atraer el interés de personas no especialmente inclinadas a nuestra especialidad?
7. Formación específica, planteamiento claro de objetivos, alcanzables
8. Objetivos Teoría en programa docente
9. Unificando el formato y el cumplimiento de objetivos por los alumnos
10. Carecemos de cualquier formación docente reglada. Solo tenemos la que de forma individual y voluntaria nos hemos preocupado de adquirir
11. Nunca hemos recibido formación sobre metodología docente y ello seguro que hace que la docencia recibida por el alumnado sea muy desigual en función del profesor a cargo
12. Difusión de objetivos docentes y resultados de aprendizaje y formación en metodología docente
13. Pedagogía activa, retroalimentación, escenarios de aprendizaje
14. Establecer con más claridad los objetivos y en ocasiones metodología docente
15. ESTABLECER UNOS OBJETIVOS CONCRETOS EN CADA ESPECIALIDAD Y QUÉ SE NECESITA PARA OBTENERLOS
16. Entrenamiento de habilidades de comunicación y transmisión de conocimientos y habilidades
17. BUSCAR MAS RENTABILIDAD EN LA ROTACIÓN. CAMBIAR ALGÚN CRITERIO DE EVALUACIÓN
18. Cursos ad hoc baremables como mérito
19. xx
20. Formación en herramientas educativas, formación de formadores
21. Sería deseable que exista un guion de mínimos común a todos los alumnos, ampliable según posibilidades. Y que incluya metodología adaptada a la ECOE.
22. Aprender siempre es bueno
23. Unificar criterios
24. Hay que aprender a enseñar, y eso es algo sobre lo que no tenemos nada de formación
25. Para mejorar su capacidad docente

26. DOTAR DE HERRAMIENTAS QUE LUEGO PUEDAN FACILITARSE A LOS ALUMNOS
27. Mejorar las formas de transmitir el conocimiento y el razonamiento

Anexo 9**Explicación (pregunta 17, describa su experiencia) de las respuestas dadas en la pregunta 16 del profesorado: ¿Utiliza estas sensaciones en su práctica clínica?**

1. Es parte de lo que siempre se ha llamado también ojo clínico, intuición, olfato clínico y deriva cuando se está atento a todas las señales que emite el paciente y el médico, forma parte de la interacción y el "olfato clínico, médico..". Mi experiencia es que es una parte integrada en la forma de hacer las cosas
2. ES UNA SENSACIÓN OCASIONAL INFRECUENTE
3. Creo que la práctica debe basarse ante todo en datos objetivos (respecto de la enfermedad) y tal vez lo que se describe con esa sensación es una capacidad de percibir y tener en cuenta algunos signos (sutiles) de gravedad (o no) en el paciente. Entiendo que lo que hay que profundizar es en la percepción de los detalles y no atribuir cada actuación a ese gut feeling
4. Si me quedo intranquilo con esa sensación reviso lo que he hecho, vuelvo a citar al paciente tratando de enmendarlo o reevalúo en el caso hospitalario, o si no hago nada no estoy bien hasta pasados días
5. La intuición de que algo no va bien te obliga a profundizar en los medios disponibles para probarlo
6. Experiencia
7. Variando la entrevista y conducta diagnóstica
8. La experiencia permite adquirir esta "habilidad" solo a algunos profesionales. Muchas veces está fuera de toda evidencia recogida en los protocolos y guías clínicas. Es algo único que hace diferentes a unos médicos respecto a otros. Es esa genialidad que algunas veces hemos visto en nuestros maestros y que no sabemos explicar
9. Impresión que da el paciente más por su aspecto, actitud, que por los síntomas o pruebas complementarias
10. Creo que se usan a veces de una forma irracional y otras veces se contrarrestan al aplicar los protocolos y guías clínicas
11. OBSERVO LAS EMOCIONES DEL PACIENTE, SUS GESTOS Y SU MANERA DE ESTAR EN LA CONSULTA ASÍ COMO LAS PALABRAS QUE UTILIZA PARA DESCRIBIR SU ESTADO DE SALUD
12. Cuando un paciente grave creo que va a ir bien animo más a la familia
13. En el mismo momento en que ves al paciente en la consulta, te haces una idea de cómo está
14. ES UN SEXTO SENTIDO. SE POTENCIA CON LOS AÑOS DE TRABAJO. SIENTES QUE ALGO "ENCAJA" O TODO LO CONTRARIO. SIENTES QUE ALGO SE TE ESCAPA. EN MI EXPERIENCIA DEBES FIARTE DE ESTOS SENTIMIENTOS PORQUE AL FINAL ESTÁN JUSTIFICADOS RESPONDEN A LA FRASE DE "ALGO NO ME GUSTA" O "SEGURO QUE NO TIENE NADA"
15. Continuamente en el contexto clínico-diagnóstico

16. Pacientes con poca sintomatología pero con sensación de gravedad. A veces en postparto inmediato o postcirugía con hemorragia interna incipiente...
17. Soy Obstetra y es habitual tener que discernir lo verdaderamente grave de lo menos grave o quizá no importante. Esa sensación de Corazonada (En castellano) la tengo todos los días. La mayoría de las ocasiones las corroboro, nunca sin dejar de confirmar objetivamente mis presentimientos.
18. Aumenta tu nivel de alerta.
19. PACIENTES QUE SABES QUE VAN A IR MAL
20. Por ejemplo cuando entra un paciente pro un síntoma inespecífico y sin encontrarse mal, pero tú ves algo en su cara que te hace sospechar que algo no va bien

Anexo 10

Explicación (pregunta 22, ¿Cómo crees que debe hacerlo?) de las respuestas dadas en la pregunta 21 del alumnado: ¿Crees que es importante que el profesorado te explique todo lo que siente cuando visita a sus pacientes?

1. Con paciencia y dedicación, adecuado al tiempo disponible
2. Como cuando hablan con los residentes, parece que te dejan apartado siempre y que no puedes escuchar
3. Como él crea que pueda entenderlo
4. Después de ver el paciente, comentar qué impresión le ha dado, etc.
5. Al menos explicarte porque le ha dado la sensación de que algo iba mal con él, quizás así también aprendamos a intuirlo
6. Paciencia y siendo claro
7. Por supuesto debería hacerlo sobre una base (por ejemplo que si cree que le va a pasar algo al paciente es porque lo conoce y sabe cuáles son sus antecedentes, etc.)
8. Quizás no todo, los profesores son personas y querrán tener su "privacidad" como todos, pero sería de ayuda a la hora de manejar los propios sentimientos que se hablará de esas sensaciones a veces, porque por muy "fuertes" o "hechos a estas cosas" que dice la gente que somos los estudiantes de medicina, las primeras veces que ves / oyes ciertas cosas de pacientes se hace duro de manejar
9. Sí y no, porque en algunos, sobre todo en los que tengan mala relación o malas experiencias con él, nos inducen una contratransferencia negativa
10. Recordando que un paciente es algo más que una cita, un numero de historia clínica o un diagnóstico, si ese médico a pesar de su rutina diaria puede tener ese sentimiento puede explicarlo, si por el contrario su rutina impide el sentimiento no puede explicarlo
11. Antes y después de entrar el paciente a la consulta
12. Hablando
13. Después de ver a cada paciente
14. Hablando entre cada paciente sobre su opinión y sensaciones, pero comprendo que en la mayoría de ocasiones no hay tiempo
15. De una forma sencilla, empática y contrastando con las nuestras para entendernos mutuamente.
16. Hablándote de las sensaciones que ha tenido con cada paciente al salir de la consulta
17. Cuando ya no se está delante del paciente, haciendo al alumno partícipe de una reflexión que incluya explicar por qué ha actuado de la manera que lo ha hecho con ese paciente, cuáles son sus impresiones y en qué basa sus decisiones siguientes
18. Simplemente manifestando la seguridad/incertidumbre que le genera un paciente, y explicando al alumno qué estrategias utiliza para manejar bien cada caso médicamente
19. De una forma calmada y respetuosa para con el paciente e intentando hacerse entender lo mejor posible
20. Siendo franco y sincero

21. Entre consulta y consulta
22. Describiendo lo que siente y por qué cree que es ese sentimiento
23. De la forma mejor posible
24. Con confianza en el alumno, humanizado
25. Con un minuto de reflexión después de cada uno.
26. De la forma que sepa, solo más atención

Anexo 11**Respuestas a la pregunta 19 del cuestionario del profesorado: ¿Sería tan amable de relatarnos la experiencia de gut feeling que más le impresionó?**

1. Un paciente que no sabía que le pasaba y al auscultarlo un bloqueo completo
2. Son muchas y variadas, coinciden con sospechar que algo no va bien y confirmarse al encontrarlo..
3. NO, ES CONFIDENCIAL
4. No recuerdo
5. No puedo responder a esta pregunta
6. Paciente con dolor de rodilla cuyo relato de la sintomatología me impresionó desde el principio de problema reumático. Ninguna de las pruebas practicadas llegó a demostrar esa sospecha, ni siquiera la consulta con el especialista correspondiente. Al contrario, lo único que se halló fue una rotura meniscal, que fue intervenida. Este paciente reapareció en la consulta 9 años después, ahora ya con el diagnóstico de artritis reumatoide seronegativa. Fue la primera vez que me ocurrió.
7. Mujer joven con cuadro nada claro de dolor abdominal siendo todos los análisis y las pruebas de imagen negativas salvo una pequeña cantidad de líquido libre en espacio de Douglas atribuido a ovulación y considerando que se trata de cuadro funcional por todos los médicos y residentes que la han valorado. El médico adjunto de guardia en una primera valoración por un aviso para ajuste de la analgesia dice que esa paciente, lo más probable es que tenga una neoplasia ovárica. A base de insistir, se realiza una laparoscopia varios días después y confirma que hay carcinomatosis pélvica y la biopsia confirma que se trata de un ca ovárico.
8. Paciente joven con cefalea, consulta muy concurrida y con retraso. TAC craneal realizado e informado como normal. Con las prisas no revisé las imágenes del TAC, sólo leí el informe. Aun así se solicitó una RMN y el paciente tenía un tumor cerebral. Al revisar a posterior las imágenes del TAC ya se veía el tumor. No ver las imágenes supuso un retraso en el diagnóstico. No fiarme y pedir otra prueba supuso llegar al diagnóstico aunque algo más tarde.
9. PACIENTE QUE VIENE REMITIDA POR SU MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA CON SÍNTOMAS MUY INESPECÍFICOS Y REFIRIENDO UNA PATOLOGÍA BANAL Y QUE POR SU EXPRESIÓN PROFUNDAMENTE TRISTE ME ANIMÓ A REALIZAR UNA EXPLORACIÓN MUY COMPLETA QUE IBA MÁS ALLÁ DE LO QUE DESCRIBÍA Y ME PERMITIÓ DIAGNOSTICAR UN CARCINOMA DE FARINGOLARINGE
10. Un paciente con fracaso multiorgánico por una gangrena de Fournier que salió adelante a pesar de la alta mortalidad.
11. Varias, especialmente cuando tienes un mal presentimiento y el paciente fallece a los pocos minutos

12. SOSPECHA DE PATOLOGÍA MALIGNA EN PACIENTE CUYAS PRUEBAS ERAN TODAS NEGATIVAS. NO DEJÉ DE BUSCAR, AÚN FUERA DE PROTOCOLO HASTA QUE SE CONFIRMARON MIS SOSPECHAS
13. Fue en el diagnóstico de lo que resultó ser un cáncer de pulmón
- 14.
15. Una hemorragia postcirugía estable que luego se complicó
16. En mi práctica diaria visito a pacientes embarazadas con amenaza de parto pretérmino y las confirmo el diagnóstico y pronóstico de cada caso de forma adecuada y protocolizada con todos mis medios a mi alcance, me fío de mi "Corazonada" y casi siempre acierto, con gran satisfacción por mi parte y sobre todo por la de la paciente con la que comparto esa sensación que le ayuda a superar sus miedos.
17. Una paciente joven frecuentadora que acudía a veces por alguna crisis de ansiedad. Un día vino por parestesias en los pies, cefalea inespecífica y mucho nerviosismo. Toda la exploración era normal. Lo que podía parecer una nueva crisis de ansiedad,.....sin embargo, algo me dijo que aquello no lo era, y la derivé a urgencias, ---fue una rotura de aneurisma
18. Pacientes oncológicos diagnosticados en estadios iniciales pero con muchos factores de mal pronóstico. Una paciente joven con ca de cérvix. En respuesta completa del tumor primario presento metástasis ósea en un mes. Tenía unos 30 años
19. Complicación quirúrgica de un paciente, que me reprochó todo

Anexo 12**Respuestas a la pregunta 25 del alumnado: ¿Serías tan amable de describirnos una experiencia propia de gut feeling que te impresionara especialmente?****No recuerdo nada en concreto**

1. Un paciente de UCI, tras semanas conectado a ventilación mecánica, con varios momentos de mejora y posteriores "retrocesos", había habido un empeoramiento progresivo de los parámetros del paciente aunque aparentemente se le veía igual. Los médicos habían acordado trasladar a los familiares su opinión de que lo mejor era limitar el esfuerzo terapéutico. Una de las hijas antes de que el médico dijera nada le transmitió que ella sentía que su padre estaba llegando al final de sus días, aunque le hubieran dicho los días previos que estaba estable
2. Un paciente con dolor y pesadez en las piernas, hematuria microscópica, edad avanzada, larga evolución. No le habían dado importancia, pero el médico de familia que lo atendió no se quedaba tranquilo. Buscando una posible neo de vejiga, próstata, se le realizó una ecografía. Se detectó casualmente un hematoma mural importante en aorta, que de otra manera no se hubiera diagnosticado precozmente.
3. Una señora con cáncer de vejiga en estadio IV (yo aun no conocía el diagnóstico) que era muy positiva, demasiado incluso, y al salir de su habitación me dio la sensación que la señora no estaba nada bien a nivel de salud, lo cual me confirmó el médico.
4. En la rotación de familia, vino una chica con estado general muy debilitado, mucho dolor epigástrico y había tenido vómitos. No encajaba del todo en gastroenteritis ni en apendicitis. Mientras el médico escribía, yo me quedé oyendo con el fonendo sus ruidos intestinales y oí una especie de soplo que no supe identificar. No le comenté al médico que había sentido algo raro porque pensé que sería una tontería, pero me quedé dándole vueltas. La mandó a casa con algo de medicación y con la recomendación de ir a urgencias si se mantenía el cuadro. Al día siguiente nos enteramos que había sido apendicitis.
5. Ver la cara de preocupación o que se echen a llorar en consulta
6. Paciente que no suele venir nunca y de pronto acude con un síntoma atípico.
7. Dos casos de cáncer de páncreas uno en digestivo y otro en medicina de familia, de reciente diagnóstico.
8. Cuando vino un paciente de mediana edad con vértigos desde hace una semana. Él no quería venir a urgencias porque sabía que si acudía le iban a decir algo "malo" o que se quedaría ingresado y él no quería quedarse ingresado porque su mujer ingresó el año pasado y falleció en el hospital, venía acompañado de su hermano que era el que lo había animado a venir. Dadas las características del vértigo le hicimos un TAC craneal en el que se observaron múltiples metástasis cerebelosas presumiblemente de un cáncer de colon curado hace 5 años.

5. Preguntas y respuestas no analizadas en los resultados

Anexo 13

1. Matizaciones (pregunta 12, Si la respuesta fuera NO danos información sobre tus expectativas, sugerencias, peticiones) de las respuestas dadas en la pregunta 11 del cuestionario del alumnado:

1. En mi opinión si, pero que el tutor con el que vas dedique algo de su tiempo a eso me parece solo ficción.
2. Si que es parte de los objetivos, aunque con algunos tutores no se ponga en practica
3. Al menos en cirugía en el clínico, no te dejan prácticamente hacer nada, lo cual implica que terminas el mes sin haber hablado con ningún paciente y si haber hecho ni una historia clínica por tu cuenta
4. Hay poca práctica real, muchas veces estas sirven sólo para ver si la elegirías en el mir, más que para aprender sobre la especialidad.

2. Especialidades en las que el alumnado reconoció los GF. Pregunta 16 del cuestionario del alumnado:

1. En todas
2. Infecciosas
3. Medicina Interna
4. Cirugía general
5. en las médicas
6. Neurología
7. Nefrología
8. Medicina de familia
9. Medicina Interna, Urología
10. Cirugía General
11. Neumología (oncología)
12. Medicina interna, medicina de familia
13. (aun no he pasado por casi ninguna, pero en familia alguna si)
14. Familia, Psiquiatría, Pediatría
15. Urgencias (en Bruselas)
16. Familia
17. Medicina de familia, UCI, Medicina Interna, Psiquiatría
18. Urgencias
19. En medicina interna (haciendo prácticas en verano en san Sebastián)
20. familia, urgencias
21. Familia
22. Interna, familia, urgencias
23. Medicina de familia y oncología
24. Trauma o en cirugía

25. Digestivo, Medicina de familia y Medicina Interna
26. Familia y paliativos
27. AP,
28. En urgencias
- 29.

3. Matizaciones (pregunta 20, Si la respuesta fuera no, danos información sobre tus expectativas acerca de las prácticas clínicas y sus profesores/as) de las respuestas dadas en la pregunta 19 del cuestionario del alumnado: ¿Crees que tu profesor/a los tenía en consideración para la toma de decisiones clínicas?

1. Es muy difícil generalizar tanto porque he estado con muchos.
2. No me queda muy claro si se refiere a los médicos que yo he sentido que han sido importantes (que si que habrían tenido la consideración) o otros que he tenido que he sido asignados que no tenían dicha consideración
3. Acabo de empezar el rotatorio por lo que no creo que sea aun el momento de dar mis impresiones
4. Me gustaría sentirlas como una serie de retos en los que mejorar.
5. Que se dedique a enseñar
6. mayor participación e independencia

4. Explicación (pregunta 24, por favor, comenta tu respuesta) de las respuestas dadas en la pregunta 23 del cuestionario del alumnado: ¿En tu experiencia, los/las pacientes y/o familiares suelen manifestar ese tipo de presentimientos?

1. Los pacientes suelen ser mas sensible a la patología y a su proceso, porque son ellos quien lo padecen. Muestran inquietud, preocupación, y generalmente ganas de entender. Para el medico es el paciente 7678 que ve con ese problema y esta cansado, por lo que en general, lo que yo he visto es escasas explicaciones y empatía muy deficiente en muchos casos.
2. Algunos sí, te comentan que creen que tal cosa no les esta yendo bien, que no siente que está yendo bien en algo
3. Aunque normalmente sus preocupaciones se deben al desconocimiento, la mayoría de cosas suelen ser normales, por ejemplo gente mayor que se nota que tiene pérdidas de memoria y ha venido preocupada por si tenía Alzheimer, luego en realidad la mayoría no lo tienen si no que es algo normal con su edad
4. Sobre todo lo he visto en matrimonios de personas de avanzada edad, que llevan mucho tiempo juntos. En la consulta a veces uno manifiesta, como presentimiento, que el proceso que está pasando el otro se va a agravar (por ejemplo)
5. Creo que los pacientes cuando van a la consulta se olvidan del 50% de lo que han pensado alguna vez en decirle al médico.

6. Muchas veces cuando un paciente dice que algo no esta bien debemos escucharlo bien atentamente y reflexionar sobre lo que nos dice, que un signo o síntoma de una enfermedad no aparezca en el Harrison ,no significa que el paciente no lo tenga.
7. Cuando se conoce mucho a una persona es mas fácil ver el cambio en su estado de salud
8. Basándose en experiencias previas y en información extraída de internet
9. Creo que todos tenemos sensación de si es banal o grave algo que nos pase, aunque no creo que sea similar a lo que percibe un profesional de un paciente, en el caso personal tiene más que ver todavía con la forma propia de ser.
10. Los familiares cercanos saben cuando alguien esta peor o mejor
11. Lo he visto por ejemplo en situaciones de un diagnóstico grave o una situación terminal, en la que, antes de que se les diga nada, los familiares o los propios pacientes están inquietos/preocupados porque presienten lo que se avecina aunque aparentemente todo fuera bien
12. A muchos pacientes les asustan los problemas médicos que puedan tener, creo que hay que dedicar tiempo a informarles correctamente y a tranquilizarlos. También me parece difícil pero necesario desarrollar la habilidad de transmitir seguridad y confianza al paciente, incluso cuando nosotros mismos tenemos dudas en algún aspecto. Creo que el paciente puede entender que su caso cree incertidumbre al médico, y nuestra labor entonces es darle una solución (qué vamos a hacer al respecto).
13. Hay personas que se suelen quejar mucho y no es tan evidente, pero cuando no es de quejarse y esta constantemente refiriendo dolor, los familiares se preocupan mucho, igual que si esa persona está mas somnolienta o mas pálida
14. depende de la confianza que tengan con el médico/a
15. En ocasiones, pero no pocos. Depende de la confianza en el medico.
16. "doctor, no estoy bien"
17. Se nota a veces cuando algo es diferente en las personas cercanas
18. Si, en general la gente en su subconsciente conoce la gravedad del proceso.
19. algunos lo expresan
20. Los pacientes saben que las cosas van mal aunque no sepan explicar porqué.

5. Respuestas a la pregunta 25 del cuestionario del alumnado: ¿Serías tan amable de describirnos una experiencia propia de gut feeling que te impresionara especialmente?

1. Una paciente con carcinoma broncopulmonar que pensábamos que tenía una TBC pero ya impresionaba de cáncer.
2. Un paciente con un cáncer laríngeo que se descubrió demasiado tarde.
3. Un día fuimos a ver a una paciente que llevaba un año padeciendo un tipo de cáncer bastante agresivo, ese día nada más ver a la paciente, su aspecto, su expresión y sobre todo su mirada, me dio muy mala espina, muy mal presentimiento y a los dos días falleció.

4. En el rotatorio de Urgencias pude ver un paciente que acudió por un episodio de gastroenteritis aguda. A simple vista parecía que tenía mal estado general, con sudoración profusa. Tuvo la suerte de acabar en el box de vitales a pesar de que no lo trataron como una emergencia, porque a los pocos minutos de empezar a monitorizarlo entró primero en taquicardia ventricular y después en fibrilación ventricular, por lo que tuvieron que aplicarle RCP y des fibrilar (el paciente tenía antecedentes de varios episodios de IAM que al parecer fueron el sustrato de las arritmias)
5. Paciente agitado que amenazaba con "cortarse las venas", sin antecedentes de intentos autolíticos, finalmente se calmó y se dio de alta: finalmente un día se envalentono y se disparó en la cabeza: fallo pero su cara siempre guardará el recuerdo.
6. Un niño en urgencias que tenía mal aspecto, en familia una mujer muy mayor que estaba con malestar
7. A veces pacientes con calo ponderal que sospechas inmediatamente de patología tumoral, cuando se confirma siempre es impactante por la gravedad de la enfermedad.
8. Una apendicitis que se pensó que era algo banal y resultó necesitar cirugía
9. Un paciente con dolor torácico que clasificaran de ansioso seguramente por un ECG normal, que a mí me daba sensación de grave aunque no tuviera gran disnea y no tan mala apariencia general, y luego resultara ser de origen cardíaco.
10. No recuerdo nada en concreto
11. Un paciente de UCI, tras semanas conectado a ventilación mecánica, con varios momentos de mejora y posteriores "retrocesos", había habido un empeoramiento progresivo de los parámetros del paciente aunque aparentemente se le veía igual. Los médicos habían acordado trasladar a los familiares su opinión de que lo mejor era limitar el esfuerzo terapéutico. Una de las hijas antes de que el médico dijera nada le transmitió que ella sentía que su padre estaba llegando al final de sus días, aunque le hubieran dicho los días previos que estaba estable.
12. Un paciente con dolor y pesadez en las piernas, hematuria microscópica, edad avanzada, larga evolución. No le habían dado importancia, pero el médico de familia que lo atendió no se quedaba tranquilo. Buscando una posible neo de vejiga, próstata, se le realizó una ecografía. Se detectó casualmente un hematoma mural importante en aorta, que de otra manera no se hubiera diagnosticado precozmente.
13. Una señora con cáncer de vejiga en estadio IV (yo aún no conocía el diagnóstico) que era muy positiva, demasiado incluso, y al salir de su habitación me dio la sensación que la señora no estaba nada bien a nivel de salud, lo cual me confirmó el médico.
14. En la rotación de familia, vino una chica con estado general muy debilitado, mucho dolor epigástrico y había tenido vómitos. No encajaba del todo en gastroenteritis ni en apendicitis.
15. Mientras el médico escribía, yo me quedé oyendo con el fonendo sus ruidos intestinales y oí una especie de soplo que no supe identificar. No le comenté al médico

que había sentido algo raro porque pensé que sería una tontería, pero me quedé dándole vueltas. La mandó a casa con algo de medicación y con la recomendación de ir a urgencias si se mantenía el cuadro. Al día siguiente nos enteramos que había sido apendicitis.

16. Ver la cara de preocupación o que se echen a llorar en consulta
17. Paciente que no suele venir nunca y de pronto acude con un síntoma atípico.
18. Dos casos de cáncer de páncreas uno en digestivo y otro en medicina de familia, de reciente diagnóstico.